様式第五号（第十五条関係）

※受付　　年　　月　　日

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	①	（ふりがな） 氏名・性別	男・女
	②	生年月日	年　　月　　日　　満　　歳
	③	住　　所	〒 （電話　　―　　）
	④	個人番号	
他制度の適用状況	⑤	障害年金、老齢年金、遺族年金等の受給状況	1　受給している　⇒　年金等の種類（　　．　　） 2　支給停止されている　証書記号番号（　　．　　） 3　申請中　年金等の種類（　　．　　） 4　受給していない　証書記号番号（　　．　　）
	⑥	身体障害者手帳の所有状況	1　あり　番号（　　）　等級（　　級）　障害名（　　）　2　なし
⑦		施設への入所状況	1　入所している（　　）　2　していない
⑧		病院等への入院状況	1　入院している（　　年　　月　　日） 2　していない
⑨		その他	

関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。

年　月　日

氏名

※認定却下	年　月　日 （支給開始　　年　月）	※備考	

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎　字は楷書ではっきり書いてください。
◎　※欄は記入しないでください。

（注意）

1　⑤の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金、等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものを〇で囲んで下さい。
　なお、１から３までのいずれかに該当するときは、( )内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類（障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等）を具体的に記入してください。「公的年金等」を２つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。

2　⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを〇で囲んでください。
　なお、手帳を持っているときは、( )内にその内容を記入してください。

3　⑦の欄は、身体障害者療護施設、身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、特別養護老人ホーム等の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを〇で囲んでください。
　なお、入所しているときは、( )内に施設の種類を記入してください。

4　⑧の欄は、病院又は診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを〇で囲んでください。
　なお、入院しているときは、( )内に入院した年月日を記入してください。

公　的　年　金　等

イ　福祉年金
ロ　国民年金
ハ　厚生年金保険の年金
ニ　船員保険の年金
ホ　恩給
ヘ　国家公務員等共済組合の年金
ト　条例による地方公務員の年金
チ　地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会、又は旧市町村職員共済組合の年金
リ　私立学校教職員共済組合の年金
ヌ　農林漁業団体職員共済組合の年金
ル　国会議員互助年金
ヲ　日本製鉄八幡共済組合の年金
ワ　執行官の恩給
カ　旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員等共済組合連合会が支給する年金
ヨ　戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
タ　未帰還者の留守家族手当
レ　労働者災害補償保険の年金
ソ　国家公務員災害補償制度の年金
ツ　公立学校の学校医、学校歯科医、及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ネ　地方公務員災害補償制度の年金
ナ　原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律に基づく介護手当