様式第１号（第２条関係）

※受付　　年　　月　　日

障害児福祉手当認定請求書

認定を受けようとする者	①	（ふりがな） 氏名・性別	印	男・女
	②	生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日　（満　　歳）	
	③	住所	〒	
他制度の適用状況	④	障害基礎年金,特別児童扶養手当等の受給状況	1　受給している 2　支給停止されている 3　申請中 4　受給していない	年金等の種類（　　・　　） 証書記号番号（　　） 年金等の種類（　　・　　） 証書記号番号（　　）
	⑤	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	
⑥　施設への入所状況			1　入所している（　　）　2　していない	
⑦　その他				

関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。

なお、障害児福祉手当の認定事務を行うにあたり、必要事項を関係機関等に紹介することに同意します。

平成　　年　　月　　日

氏名　　印

安芸高田市福祉事務所長　様

※　　年　　月　　日 認定 却下　（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。
◎ ※欄は記入しないてください。

障害児福祉手当振込先預金口座

振込先店名	預金種類	口座番号	口座名義
農協　本所・支所 銀行　本店・支店 金庫	普通		

注　意

1　④の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等他の制度による障害を支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを〇で囲んでください。

なお、１から３までのいずれかに該当するときは、（　　）内に具体的に記入してください。

2　⑤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　⑥の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障害者施設、精神薄弱者更生施設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。