

※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 | ⑤ | | 男・女 |
| | ②生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 | 年 月 日 | 満 歳 |
| | ③住所 | | ④個人番号 | |
| 他制度の適用状況 | ⑤障害基礎年金・老齢年金、遺族年金等の受給状況 | 1 受給している 2 支給停止されている 3 申請中 | } 年金等の種類 (証書記号番号 (年金等の種類 (証書記号番号 (| |
| | ⑥身体障害者手帳の所有状況 | 4 受給していない | | |
| ⑦ 施設への入所状況 | | 1 あり { 番号(等級(障害名(2 なし | | |
| ⑧ 病院等への入院状況 | | 1 入所している() | 2 していない | |
| ⑨ 口座振込払の振込先銀行等及び口座番号 | | | (普通 当座) | |
| ⑩ その他 | | | | |
| <p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏 名 ⑤</p> <p>様</p> | | | | |
| ※ 認 却 定 下 | 年 月 日 (支給開始 年 月) | ※ 備 考 | | |

| | | | |
|-------|------------|--------|-------------|
| 町村收受印 | (総合)振興局收受印 | 町村再收受印 | (総合)振興局再收受印 |
| | | | |

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書ではつきり書いて下さい。

◎※の欄は記入しないでください。

(日本工業規格 A列4番)

