

※受付 年 月 日

障害児福祉手当再認定届

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	平成	年	月 日	満 歳
	③住所				
他制度の適用状況	⑤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	} ( ) 証書記号番号 ( )	年金等の種類	
	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 提出日現在 ア 入所している( ) イ していない 2 前回の現況届など以降、これまでに入所していた場合 ア 施設名( ) イ 期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで				
⑧口座振込払の振込先銀行等及び口座番号	[ 普通 当座 ]				
⑨その他					
関係書類を添えて、障害児福祉手当の再認定届を提出します。 令和 年 月 日 氏名 印 様					
※ 認 却 下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備 考			
町村収受印	(総合)振興局収受印	町村再収受印	(総合)振興局再収受印		

- ◎ ①、②及び提出者欄は必ず記載してください。
- ◎ ③以降は、当初申請時など変更のある場合に記載してください。
- ◎ 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。

注意

- 1 ⑤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○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 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○で囲んでください。
- 3 ⑦の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、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○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。