

心身障害者福祉手当受給申請書

○年 △△月 ××日

葛飾区長 あて
 下記のとおり心身障害者福祉手当 (A・B・外出支援分) の申請をいたします。

心身障害者福祉手当の申請及び継続資格の確認にあたり、障害福祉課長が、私及び世帯員の住民税課税台帳等による所得状況の確認および心身障害者福祉手当の受給資格について必要な情報の提供を受けることに同意します。

記入例

障害のある方
本人

障害のある方以外が申請書を記入する場合は、記入してください。

該当する箇所にチェックしてください。

転入の場合は、所得状況確認のため、今年の1月1日の住所

本人名義の口座を記入してください。

住所	葛飾区 立石5-13-1		電話・FAX	03-0000-0000	
氏名	(フリガナ)	カツシカ タロウ	個人番号	生年月日	
		葛飾 太郎	*****	大 昭・平・令 (△△歳)	
申請者が20歳未満の場合は保護者氏名	(フリガナ)		個人番号	続柄	
	(フリガナ)			父・母 その他()	
住所	[申請者と別住所の場合、記入してください。]				
	氏名	(フリガナ)	カツシカ ハナコ	申請者との続柄	父・母・夫 妻
氏名	葛飾 花子		申請者との続柄	その他()	
	1 身体障害者手帳 2 愛の手帳 3 戦傷病者手帳 □ 脳性まひ □ 進行性筋萎縮症		手帳の情報を記入してください。	昭・平・令 年 月 日	
申請書	<input checked="" type="checkbox"/> 手帳取得	<input type="checkbox"/> 20歳到達	<input type="checkbox"/> 所得制限内	<input type="checkbox"/> その他()	
振込先	フリガナ	カツシカ タロウ	銀行	本店	
	口座名義	葛飾 太郎	信用金庫 信用組合 協同組合	口座番号	通 普 * * * * * * *

児童育成障害手当		無	有()	精神手当	無	有()
難病患者福祉手当		無	有()	□65歳未満手帳資格		□H12年7月受給資格
続柄	総所得額	扶養人数	合計控除額	控除後所得額	課税状況	受付年月日
所得状況					課税 非課税	
					課税 非課税	
決定日 令和 年 月 日						
上記の申請について 認定・却下 し、通知することとしたい。						
課長	係長	係員	住記個人番号	申請 処理 欄	決定 通知 業務	備考
						□定例 □随時(年 月) 年 月 ~ 年 月 分 ¥
番号 確認	1 個人番号カード 2 通知カード 3 住民票の写し 4 住民基本台帳の確認 5 その他()	身元 確認	1 個人番号カード 4 身体障害者手帳 7 在留カード	2 運転免許証 5 精神保健福祉手帳 8 その他()	3 パスポート 6 愛の手帳	委任 確認
						1 委任状 2 戸籍謄本 3 住基確認