

※ 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	(ふりがな)			男・女
	① 氏名 ・ 性別	(印)		
	② 生 年 月 日	年	月	日
③ 住 所	新潟県魚沼市		④個人番号	
他 制 度 の 適 用 状 況	⑤ 特別児童扶養手当 障害基礎年金 等受給状況	1 受給している	}	年金等の種類 ()
		2 支給停止されている		()
3 申請中	証書記号番号 ()			
4 受給していない	()			
⑥	身体障害者手帳、療育手帳、 精神障害者保健福祉手帳の 所有状況	1 あり	}	番号 ()
				等級 (級)
				2 なし
⑦ 施設への入所状況	1 収容されている () 2 されていない			
⑧ 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。 <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 年 月 日 氏 名 (印) </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 魚沼市社会福祉事務所長 殿 </div>				
※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下さい。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いて下さい。
- ◎ ※欄は記入しないで下さい。

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、()内に具体的に記入して下さい。

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○で囲んで下さい。

なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入して下さい。

3 ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に収容されているかどうかについて、該当するものを○で囲んで下さい。

なお、収容されているときは、()内に施設の種類を記入して下さい。