

※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	(ふりがな) ① 氏 名	男・女	個人番号 (マイナンバー)	
	② 生年月日			
	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	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	1 あり 番号 () 等級 () 障害名 ()	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				
⑨ 支払希望金融機関	銀行 信用金庫 ()	本店 支店 出張所 ()	普通 当座 ()	口座番号
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人 カナ			
<p>関係書類を添えて、障害児福祉年金の受給資格の認定を請求します。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p>				
※ 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。
- ◎ ※欄は記入しないでください。

注意

1 5の欄は、障害年金・老齢年金・遺族年金等他制度による公的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「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類（障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等）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。

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 7の欄は、障害者支援施設・特別養護老人ホーム等の施設に收容されているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、收容されているときは、（ ）内に施設の種類を記入してください。

4 8の欄は、病院又は診療所に入院しているかどうか居ついて該当するものを○で囲んでください。

なお、入院しているときは、（ ）内に入院した年月日を記入してください。