

※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								
	⑥身体障害者手帳の所有状況	1 あり <table border="1"> <tr> <td>番 号 (</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>等 級 (</td> <td>)</td> </tr> <tr> <td>障害名 (</td> <td>)</td> </tr> </table> 2 なし				番 号 (	)	等 級 (	)	障害名 (
番 号 (	)									
等 級 (	)									
障害名 (	)									
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									
	☐ 公金受取口座を利用します									
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。 年 月 日 氏 名										
※ 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○で囲んでください。

なお、収容されているときは、（ ）内に施設の種類の記入してください。

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。