

(要綱様式2号)

※	受付	年	月	日	県保健福	受理年月日	年	月	日
町村					受付	年	月	日	
	進達	年	月	日	祉事務所	受 理 番 号	(	・	)
障害児福祉手当認定請求書									
認定を受けようとする者	①	(ふりがな)							男 ・ 女
		氏名・性別							
	②	生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日						満 歳
他	③	住 所	TEL ()				④	個人番号	
	⑤	特別児童扶養手当 ・障害基礎年金等 の受給状況	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 () 4 受給していない。 証 書 記 号 番 号 () ()						
適 用 状 況	⑥	身体障害（療育） 手帳所有の状況	身 障 手 帳	番 号 () 等 級 () 級) 1 あ り { 障害名 { 2 な し }			療 育 手 帳	1 あ り { A B 2 な し	
⑦	施設への入所状況		1 入所している () 2 入所していない						
⑧	手 当 の 支 払 希 望 金 融 機 関 名		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。 年 月 日 氏 名 (代書人) 福島県 会津 保健福祉事務所長 様						
	銀行 支店								
	預金口座名 () 預金口座番号 ()								
	郵便局 (その他)								

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

※添付書類	(ア) 戸籍謄本・抄本及び住民票 (イ) 診断書及びX線フィルム (ウ) 障害児福祉手当 所得状況届 福祉手当		
※確認	(町村における確認事項) 1 障害基礎年金等の受給状況 2 特別児童扶養手当の受給状況 3 身体障害(療育)手帳所有状況 4 入院等(入院先) 上記のとおり確認します。 年 月 日 (町村長)		
	(保健福祉事務所における確認事項) 施設入所(入所先)		
※認定・却下	認定 年 月 日 却下 (支給開始 年 月)	※備考	

(注 意)

- ⑤の欄は、特別児童扶養手当、障害基礎年金等他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、該当するものを記入してください。
- ⑦の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害者更生施設等に入所しているかどうかについて、該当するものを記入してください。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。
- この請求書は、原則として、請求者が作成することとなっておりますが、請求者以外の者が請求書を作成した場合は、請求者の氏名のほかに代書人の氏名を記入して押印してください。
- 字は楷書ではっきり書いてください。
- ※の欄は記入しないでください。
- この請求書について、わからないことがある場合には、最寄りの町村役場に聞いてください。