

心身障害者福祉手当受給資格認定申請書

青梅市長

殿

平成 年 月 日

申請者

障害者等本人氏名

印

電話 ( )

代行者氏名

印

電話 ( )

心身障害者福祉手当 (障害福祉手当) (難病福祉手当) の受給資格の認定を申請いたします。

障害者等	ふりがな			男・女	生年月日	明昭 年 月 日生 ( 歳)						
	氏名					大平 年 月 日生 ( 歳)						
代行者	ふりがな			男・女	障害者等との続柄	父・母・その他 ( )						
	氏名					父・母・その他 ( )						
障害等の状況	現住所				職業	勤務先 電話 ( )						
	現住所					勤務先 電話 ( )						
障害等の状況	身体障害者手帳	番号	都道府県市 号		交付	年月日	障害名または疾病名					
	愛の手帳	番号	都道府県市 号		等級	種級						
その他	児童育成手当		他の区市町村で同種の手当受給の有無			施設入所の有無						
	1 受けている。 2 受けていない。		1 受けていた。 区市町村 2 受けていない。			1 入所している。 施設名: 2 入所していない。						
所得情報等手当支給の要件について、市の公簿を調査することに同意します。 _____ 印 個人番号 _____												
※所得計算	前年所得	雑損控除	医療控除	小規模企業 共済等掛金 控除	配偶者特別 控除	社会保険料 控除	老年者 控除	寡婦・寡夫 控除	勤労学生 控除	障害者数	扶養親族等の数	控除後の所得
	円	円	円	円	円	円	円	円 (特別の寡婦) 円	円	障 人 特障 人	人 うち 老人扶養親族 等 人	円

※欄は記入の必要はありません

支給開始 年 月