

心身障害者福祉手当受給資格認定申請書

青梅市長 殿 年 月 日

申請者
障害者等本人氏名
電話 ()
代 行 者 氏 名
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) 大 平						
	氏 名				職 業	勤務先 電話 ()						
代 行 者	ふりがな			男・女	障害者等との続柄	父・母・その他 ()						
	氏 名				職 業	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				
						等 級	種 級					
	愛 の 手 帳	番 号	都道府県市 号			交 付	年 月 日					
						程 度	度					
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。 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 害 人 特障 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