様式第一号（第二条関係）

（表　面）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | ※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 | ① | (ふりがな)  氏 　　名・性　　 別 | |  | | | | | | 男・女 |
| ② | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | 満歳 | | |
| ③ | 住所 | | 〒 | | | | | | |
| ④ | 個人番号 | |  | | | | | | |
| 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 | | 番　号（　　　　　）  １　あ り　　 等　級（　　　　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 | | | |  | | | | | | |
| 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。  令和　　 年　　 月　　 日  氏名  五島市福祉事務所長　様 | | | | | | | | | | |
| **※**  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。

（裏　面）

注意

　１　⑤の欄は，障害基礎年金，特別児童扶養手当等他の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○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，手帳を持つているときは，（　　）内にその内容を記入してください。

　３　⑦の欄は，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，（　　）内に施設の種類を記入してください。