

心身障害者福祉手当認定申請書

記入日

年 月 日

江東区長殿

心身障害者福祉手当の受給認定を申請いたします。
この申請に伴い、支給要件の調査に必要な情報及び所得状況を税務資料により確認することに同意します。
なお、認定された場合は、下記の申請者本人名義の口座に振込願います。

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|----------|--------------------|--|----------|----------|--------------------------|--|----------|--|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 申請者 | 住所 江東区 東陽4-11-28 | | | | | | TEL FAX 3647-9111 | | | | | | | | | |
| | フリガナ コウトウ タロウ | | | | | | 性別 | 生年月日 | | | | | | | | |
| | 氏名 江東 太郎 <small>手当を受ける本人の口座をご記入ください。</small> | | | | | | 男・女 | 明・大・昭・ 平 ・令 10 年 1 月 1 日生 (26 歳) | | | | | | | | |
| 個人番号 | | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | |
| 振込先 | 江東 | | 銀行 信用金庫 信用組合 | 東陽 | | | 店番号 | 普通預金口座番号 | | | | | | | | |
| | | | | 支店 | | | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 申請事由 | <input checked="" type="checkbox"/> 手帳又は難病新規申請による <input type="checkbox"/> 20歳到達 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 所得超過解消 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | | | | | | | | | |
| 障害の状況 | 身体障害者手帳 | | 1 種 | 【障害名】 脳性麻痺・進行性筋萎縮症・視力・視野 体幹・上肢・下肢・ 四肢 ・半身麻痺 心臓・腎臓・呼吸器・免疫・聴力・音声 その他() | | | | | | <input type="checkbox"/> 東京都 <input type="checkbox"/> 県・府・道 第 号 <input type="checkbox"/> 交付日 <input type="checkbox"/> 更新日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 再交付日 | | | | | | |
| | 愛の手帳 | | 4 度 | 第 12345 号 | | | | | | 交付日 令和2 年 3 月 31 日 | | | | | | |
| | 難病医療券・診断書 | | | 【疾病名】 潰瘍性大腸炎 | | | | | | 発行日 年 月 日 失効日 年 月 日 | | | | | | |
| 扶養義務者 又は配偶者 | 住所 *申請者と住所が異なる場合はご記入ください <input type="checkbox"/> 申請者と同居 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | 申請者との関係 | | | | | |
| 申請者が20歳未満の場合は「主たる生計維持者」をご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | | | | | | | | TEL FAX | | | | | | |
| 代理人 | 住所 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | 申請者との関係 | | | | | |
| 転入者 | 前住所 | | | | | | | | | | 転入日 年 月 日 | | | | | |
| | 江東区に転入された方はご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本年1月1日時点 住民登録地 | | | | | | | | | | | | | | | | |

~~~~~以下 職員 記載欄 ~~~~~

|                                    |                                                                                                |  |  |                                         |  |  |                                 |  |  |                                    |  |  |                                   |  |  |      |  |  |  |
|------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------|--|--|---------------------------------|--|--|------------------------------------|--|--|-----------------------------------|--|--|------|--|--|--|
| 所得                                 | <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 超過(本・配・扶) <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |                                         |  |  |                                 |  |  |                                    |  |  |                                   |  |  |      |  |  |  |
| 個人番号確認書類(本・配・扶)                    | 身分証明書(本・代)                                                                                     |  |  |                                         |  |  |                                 |  |  |                                    |  |  |                                   |  |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> マイナンバーカード | <input type="checkbox"/> 1点確認                                                                  |  |  | <input type="checkbox"/> 手帳(身・愛・精)      |  |  | <input type="checkbox"/> 運転免許証  |  |  | <input type="checkbox"/> パスポート     |  |  | <input type="checkbox"/> その他( )   |  |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 通知カード     | <input type="checkbox"/> 2点確認                                                                  |  |  | <input type="checkbox"/> 健康保険証          |  |  | <input type="checkbox"/> 年金手帳   |  |  | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 |  |  | <input type="checkbox"/> 住民税納税証明書 |  |  |      |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 住民票       | <input type="checkbox"/> 職権確認                                                                  |  |  | <input type="checkbox"/> 税・社保・公共料金等の領収書 |  |  | <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |                                    |  |  |                                   |  |  |      |  |  |  |
| 【備考】                               | <input type="checkbox"/> 20歳以下 育成(障)有・無                                                        |  |  | 年 月 まで受給                                |  |  | 支給開始 年 月                        |  |  | 振込開始 年 月                           |  |  | 通知送付 年 月                          |  |  | 認定番号 |  |  |  |