様式第1号（第8条関係）

心身障害者福祉手当認定申請書

江東区長殿　　年　　月　　日

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		TEL FAX	
	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年　月　日生 （　歳）
	個人番号			
振込先	銀行 信用金庫 信用組合	支店	店番号	普通預金口座番号
申請事由	□ 手帳又は難病新規申請による　□ 20歳到達　□ 転入　□ 所得超過解消　□ その他（　）			
障害の状況	身体障害者手帳 □ 申請中	種 級	【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（　）	□ 東京都 □ ＿＿＿ 県・府・道 第　号 □ 交付日 □ 更新日 □ 再交付日　年　月　日
	愛の手帳	度	第　号	交付日　年　月　日
	難病医療券・診断書 □ 申請中		【疾病名】	発行日　年　月　日 失効日　年　月　日
扶養義務者又は配偶者 ＊申請者が20歳未満の場合はご記入ください	住所　＊申請者と住所が異なる場合はご記入ください □ 申請者と同居			
	氏名		申請者との関係	
	個人番号		TEL FAX	
代理人	住所		TEL FAX	
	氏名		申請者との関係	
転入者	前住所		転入日　年　月　日	
	本年1月1日時点 住民登録地		前年1月1日時点 住民登録地	

以下　職員　記載欄

所　得	□ 該当　□ 超過（本・配・扶）　□ その他（　）			
個人番号確認書類（本・配・扶） □ マイナンバーカード □ 通知カード □ 住民票　□ 職権確認	身分証明書（本・代） □ 1点確認　□ 手帳（身・愛・精）　□ 運転免許証　□ パスポート　□ その他（　） □ 2点確認　□ 健康保険証　□ 年金手帳　□ 介護保険被保険者証　□ 住民税納税証明書 □ 税・社保・公共料金等の領収書　□ その他（　）			
【備　考】	□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	