

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	(ふりがな) ①氏名・性別	印		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障害年金、老齢年金、遺族年金等の受給状況	1 受給している	} 年金等の種類 (証書記号番号) (年金等の種類) (証書記号番号)	
		2 支給停止されている		
3 申請中				
4 受給していない				
⑥身体障害者手帳の所有状況	1 あり	{ 番号() 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病院等への入院状況	1 入院している(年 月 日から) 2 していない			
⑨その他				
※ 関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。 平成 年 月 日 様 氏 名 印				
※ 認定却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備考		

- ◎ 裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
- ◎ ※欄は記入しないでください。

(裏 面)

注意

- 1 ⑤の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的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「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。

- 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、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。

- 3 ⑦の欄は、身体障害者療護施設、身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、特別養護老人ホーム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。

- 4 ⑧の欄は、病院又は診療所に入院し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、入院しているときは、()内に入院した年月日を記入してください。