

者

令和5年度 市民福祉手当支給申請書 (重度障害者手当)
※ 20歳以上の方用

鹿児島市長 殿

支給対象者	住所	鹿児島市 山下町 丁目 11 番 1 号 番地		
	氏名	鹿児島 太郎	生年月日	明大昭平 99・99・99 電話 (099) 999-9999
	市民福祉手当(重度障害者手当)の申請は、 1 初めてである <input type="radio"/> 2 以前したことがある <input type="radio"/> 2			
	「特別障害者手当」, 「経過的福祉手当」を 1 受給している <input type="radio"/> 2 受給していない <input type="radio"/> 2			
申請者	住所	<input checked="" type="checkbox"/> 支給対象者と同じ (下の住所・氏名等は記入不要です。) <input type="checkbox"/> 相続人 <input type="checkbox"/> 成年後見人		
	住所	鹿児島市 丁目 番 号 番地		
	氏名	対象者との続柄	電話	() -
①	身体障害者手帳の交付を受けているとき		療育手帳の交付を受けているとき	
	交付番号	県・市 第 9999 号	交付番号	鹿児島県 第 号
	障害等級	<input type="radio"/> 1 ・ <input checked="" type="radio"/> 2 級	障害程度	A ₁ ・ A ₂ ・ B ₁
	交付日	昭・平・令 99 年 99 月 99 日	交付日	昭・平・令 年 月 日
		(再)昭・平・令 年 月 日	判定年月日	昭・平・令 年 月 日
	障害区分	<input checked="" type="radio"/> 視覚 ・ 聴覚 ・ 肢体 ・ 呼吸器 心臓 ・ 腎臓 ・ その他()	障害基礎年金1級を受給しているとき	
			障害区分	身体障害・知的障害・精神障害
	精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているとき		お手持ちの手帳の内容をご確認いただき、 交付番号等を記載してください。	
	交付番号	鹿児島県 第		
	障害等級	1 ・ 2 級		
交付日	平・令 年 月 日			
有効期限	平・令 年 月 日			

申請年月日 令和 年 月 日	受付印
-------------------	-----

◎支給の対象となる者
10月1日現在(資格認定日)で本市に1年以上居住し、次のいずれかに該当する20歳以上の者です。
(1) 身体障害者手帳1・2級の者
(2) 療育手帳A₁ ・ A₂ ・ B₁ の者
(3) 精神障害者保健福祉手帳1・2級の者
(4) 上記に準ずる障害の者
※資格認定日に上記に該当する方が対象となります。

◎支給されない場合

・受給対象者本人が申請する場合は、「受給対象者」の欄に住所尾等を記載してください。
・代理人が申請する場合は、「申請者」の欄も記載してください。

康園, 慈眼寺寿光園, 喜入園, その他)

である場合

福祉手帳又は障害基礎

(2) 支給対象者名義の銀行等預金通帳(口座番号等確認のため)

◎申請書の提出先

※申請は、同封し、

- ・本
- ・谷山支
- ・伊敷支
- ・吉野支
- ・吉田支

・初めての方又は以前申請したことがある方で、前回とは別の口座を希望する方は、通帳の写しが必要です。
・前回と同じ口座で良い場合は、通帳の写しは不要です。

のを

福祉課
福祉課
福祉課
福祉課
島総務市民課

※通帳等の写しが必要となります。

③	振込金	銀行 本店 信用金庫 支店 農協 出張所	
	種別	普通	口座番号
	名義	フリガナ	
<input checked="" type="checkbox"/> 前回の振込口座と同じ (支給対象者と同一名義の口座を記入してください)			