

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> </div> <div> <p>令和 6 年度 市民福祉手当支給申請書 (重度障害児手当)</p> <p>※ 20歳未満の方用</p> </div> </div> <p>鹿児島市長 殿</p>						
申請者 (保護者)	住所	鹿児島市 山下町 11番 1号				
	氏名	鹿児島 花子	電話	090-1234-5678		
支給対象者	住所	鹿児島市 山下町 11番 1号		続柄	子	
	氏名	鹿児島 太郎	生年月日	平・令 23・4・5	年齢	〇〇 歳
	市民福祉手当(重度障害児手当)の申請は、		1 初めてである	② 以前したことがある		
	「障害児福祉手当」を		1 受給している	② 受給していない		
福祉施設入所		① していない	2 している	施設名( )		
措置入院		① していない	2 している			
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) 〇〇〇〇 号	交付番号	鹿児島県 第	号		
障害等級	① ・ 2 級	障害程度	A1 ・ A2 ・ B1			
交付日	平・令 28年 7 月 6 日	交付日	平・令	年	月 日	
(再)平・令 年 月 日		判定年月日	平・令	年	月 日	
障害区分	視覚・聴覚・ <b>肢体</b> ・呼吸器 心臓・腎臓・その他( )	手帳の交付を受けていないときは、現在の症状を詳しく書いてください。				
精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているとき						
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					

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。

A

申請年月日		令和 年 月 日		受付印
◎支給の対象となる者				
4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歳未満の者です。				
(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				
(1) 福祉施設に入所している場合 (2) 病院に措置入院されている場合 (3) 障害児福祉手当の受給者である場合				
◎申請に必要なもの				
(1) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳 (2) 支給対象者または保護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、郵送でも受け付けます。申請書のほか上記の申請に必要なものを同封し、本庁・各支所へ提出してください。				
・本庁……………障 ・谷山支所……………福 ・伊敷支所……………伊 ・吉野支所……………吉 ・吉田支所……………伊				
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                     ・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。                 </div>				
※通帳等の写しが必要となります。				
振込金	種別	普通	口座番号	本店 支店 出張所
	名義	フリガナ		
関係	<input type="checkbox"/> 前回の振込口座と同じ (支給対象者または保護者と同一名義の口座を記入してください)			