

**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

①	住所	鹿児島市 丁目 番 号			
	氏名	生年 月日	明大 昭平	電話	( ) -
	市民福祉手当(重度障害者手当)の申請は、		1 初めてである	2 以前したことがある	
	「特別障害者手当」, 「経過的福祉手当」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		
申請者	住所	<input 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			
②	氏名	対象者 との 続柄	電話	( ) -	
	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 号	交付番号	鹿児島県 第 号		
障害等級	1・2 級	障害程度	A <sub>1</sub> ・A <sub>2</sub> ・B <sub>1</sub>		
交付日	昭・平・令 年 月 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	視覚・聴覚・肢体・呼吸器	障害基礎年金1級を受給しているとき			
	心臓・腎臓・その他( )	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		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。			
交付番号	鹿児島県 第 号				
障害等級	1・2 級				
交付日	平・令 年 月 日				
有効期限	平・令 年 月 日				

A

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A <sub>1</sub> ・A <sub>2</sub> ・B <sub>1</sub> 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(ときわの丘, 吉田寿康園, 慈眼寺寿光園, 喜入園, その他) (2) 病院に措置入院されている場合 (3) 特別障害者手当又は経過的福祉手当の受給者である場合 (4) 重度障害児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, 精神障害者保健福祉手帳又は障害基礎年金証書など (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、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・各支所へ郵送してください。		
・本 庁……………障害福祉課障害福祉係 ・谷山支所……………福祉課長寿福祉係 ・伊敷支所……………伊敷福祉課福祉係 ・吉野支所……………吉野福祉課福祉係 ・吉田支所……………保健福祉課		・喜入支所……………保健福祉課 ・松元支所……………保健福祉課 ・郡山支所……………保健福祉課 ・桜島支所……………保健福祉課 ・桜島支所……………東桜島総務市民課

※通帳等の写しが必要となります。

③	振込金	銀行 本店	
	種別	普通	信用金庫 支店 農 協 出張所
融機	名	フリガナ	
	義		
<input 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)			