

 <b>令和6年度 市民福祉手当支給申請書</b> (重度障害児手当) ※ 20歳未満の方用 鹿児島市長 殿									
申請者 (保護者)	住所	鹿児島市							
	氏名		電話	- -					
支給対象者	住所	鹿児島市			続柄				
	氏名		生年月日	平・令	年齢	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	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	年	月	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・肢体・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 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 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・各支所へ郵送してください。		
<ul style="list-style-type: none"> <li>・本庁……………障害福祉課障害福祉係</li> <li>・谷山支所……………福祉課長寿福祉係</li> <li>・伊敷支所……………伊敷福祉課福祉係</li> <li>・吉野支所……………吉野福祉課福祉係</li> <li>・吉田支所……………保健福祉課</li> <li>・喜入支所……………保健福祉課</li> <li>・松元支所……………保健福祉課</li> <li>・郡山支所……………保健福祉課</li> <li>・桜島支所……………保健福祉課</li> <li>・桜島支所……………東桜島総務市民課</li> </ul>		

※通帳等の写しが必要となります。

振込金 融機 関	銀行	本店
	信用金庫	支店
	農協	出張所
	種別	普通
名義	フリガナ	
<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)