様式第一号(第二条関係)

(表　面)

※受付　　年　　月　　日

障害児福祉手当認定請求書

認定を受けようとする者	①(フリガナ) 氏　　名		
	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　障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況	1　受給している 2　支給停止されている 3　申請中 4　受給していない	年金等の種類 (　　) 証書記号番号 (　　)
	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　入所している(　　)　2　入所していない	
⑧　そ　の　他			
⑨　支払希望金融機関	受取口座	□　マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注)あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □　以下の口座を振込先とする。	
	銀　行 信用金庫 (　　)	本店 支店 出張所	普通 当座 (　　)	口座番号
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人カナ		

誓約事項	□　上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。

年　　月　　日

氏　　名

鹿児島市福祉事務所長　殿　　電話番号

※認定 却下	年　　月　　日 (支給開始　　年　　月)	※備考	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書(かい)ではっきり書いてください。

◎※の欄は記入しないでください。　　(A列4番)

様式第一号(第二条関係)

(裏　面)

注意

1　⑤の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等他の制度による障害を支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを〇で囲んでください。

　なお、1から3までのいずれかに該当するときは、(　)内に具体的に記入してください。

2　⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを〇で囲んでください。

3　⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを〇で囲んでください。

　なお、入所しているときは、(　)内に施設の種類を記入してください。