

**者** 令和6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	支給対象者	住所	鹿児島市			
		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			
②	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 鹿児島市			
		氏名	対象者の続柄	電話	( ) - ( )	
		<b>身体障害者手帳の交付を受けているとき</b>		<b>療育手帳の交付を受けているとき</b>		
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	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	<b>障害基礎年金1級を受給しているとき</b>				
	心臓・腎臓・その他( )	障害区分	身体障害・知的障害・精神障害			
<b>精神障害者保健福祉手帳の交付を受けているとき</b>		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。		
<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……………谷山福祉課</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。

③	振込金融機関	銀行 信用金庫 農協		本店 支店 出張所
	種別	普通	口座番号	
	名義	フリガナ		
<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)				