

児 令和 7 年度 市民福祉手当支給申請書 (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、 「障害児福祉手当」を									
	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。 ・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。			
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	口座番号
	名	フリガナ	
	義		
☐ 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)			