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 | (ふりがな)  氏 　　名・性　　 別 | |  | | | | | | | 男・女 |
| ② | 生年月日 | | 平成 | | 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 | | 番　号（　　　　　）  １　あ り　　 等　級（　　　　級）  　　　　　　　障害名（　　　　　） | | | | | | ２　な し | |
| ⑦　施設への入所状況 | | | | １　収容されている（　　　　　　）２されていない | | | | | | | |
| ⑧　その他 | | | |  | | | | | | | |
| 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。  令和　　 年　　 月　　 日  氏名  高知市福祉事務所長　様 | | | | | | | | | | | |
| **※**  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。

◎ 字は書ではつきり書いてください。

◎ ※の欄は記入しないでください。　　　　　　　　　　　　　（日本工業規格　Ａ列４番）

（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○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○で囲んでく

　　ださい。

　　　なお，手帳を持つているときは，（　　）内にその内容を記入してください。

　３　⑦の欄は，肢体不自由児施設，重症心身障害児施設，知的障害者更生施設等の施

　　設に収容されているかどうかについて，該当するものを○で囲んでください。

　　　なお，収容されているときは，（　　）内に施設の種類を記入してください。

　４　⑧の欄は，住所地を変更したために新たに受給資格の認定を請求する場合において，変更前の住所を記入してください。