

※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 令和	満 歳
	③ 住所	〒 ( ) -	個人番号
他制度の適用状況	④ 障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況	年金等の種類 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 ( )	
	⑤ 身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳の所有状況	1 あり { 番号 ( ) 等級 ( 級) 障害名 ( ) } 2 なし	
⑥ 施設への入所状況	1 収容されている ( ) 2 されていない		
⑦ 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 (あて先) 上越市社会福祉事務所長			
※認定却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※備考	

振込指定口座

銀行名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	支店名	支店
預金種別	普通	口座番号	
(フリガナ) 口座名義人 (認定請求者)			

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書ではつきり書いてください。

◎ ※欄は記入しないでください。

記載された個人情報、障害児福祉手当に関する業務以外には使用しません。

(裏面)

注意

- 1 ④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 ⑤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。
- 3 ⑥の欄は、障害児入所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。

# 所得額等調査承諾書及び個人番号告知

障害児福祉手当認定請求に係る令和 年分所得について、福祉課での私の世帯全員の課税台帳を閲覧（確認）することを承諾し、また、扶養義務者の個人番号を告知します。

令和 年 月 日

住所 上越市

氏名 \_\_\_\_\_

(署名又は記名押印)

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 個人番号 \_\_\_\_\_

(宛先) 上越市長

※記載された個人情報、障害児福祉手当に関する業務以外には使用しません。