

様式第一号(第二条関係)

				※受付 年 月 日		
障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 認定請求書 <input type="checkbox"/> 再認定届						
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 令和	年 月 日	満 歳
	③住所					
	④個人番号(認定請求時のみ)					
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 } 年金等の種類 () 2 支給停止されている } 3 申請中 } 証書記号番号 () 4 受給していない }		
	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 していない			
⑧ 病院等への入院状況			1 入院している(年 月 日から) 2 していない			
⑨口座振込払の振込先銀行等及び口座番号		ゆうちょ	店名		口座番号	
		その他	金融機関名	店舗名	種目	口座番号
					1 普通	
				2 当座		
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。						
⑩ 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 北海道 振興局長 様						
※ 認定下	令和 年 月 日 (支給開始 平成・令和 年 月)			※ 備考		
町村收受印	(総合)振興局收受印		町村再收受印		(総合)振興局再收受印	

◎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}ではっきり書いて下さい。

◎※の欄は記入しないでください。

(裏 面)

注意

- 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。
- 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。
- ⑦の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、精神薄弱者更生施設等の施設に收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、收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。
- ⑨の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。手当の受取口座として、公金受取口座(※)を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します」のチェックボックスにチェックしてください。なお、公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
(※)公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律(令和3年法律第38号)第3条第1項、第4条第1項及び第5条第2項の規定による登録に係る口座である公金受取口座をいいます。

障害児福祉手当の支給に係る調査等のための同意書

年 月 日
北海道知事 様
受給者氏名
法定代理人氏名
1 障害児福祉手当に係る認定請求及び受給資格を有する期間において、受給者たる私のほか、私を扶養する父母又は配偶者及び扶養義務者の所得に関する事、私の障害の状況、その他、手当の受給資格等に関する審査において必要とされる場合、北海道が関係機関等への照会を行うことにより、資料等の提供を受けることについて同意します。
2 障害児福祉手当に係る認定請求及び受給資格を有する期間において法定代理人である私が扶養する配偶者、対象児童又は児童の配偶者及び対象児童の扶養義務者の所得に関する事、対象児童の障害の状況、その他、手当の受給資格等に関する審査において必要とされる場合、北海道が関係機関等への照会を行うことにより、資料等の提供を受けることについて同意します。
3 また、この照会にあたり、関係機関が資料等を提供することについて、私等が同意している旨を、関係機関に伝えてまいります。