

※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	1 あり { 番号() 等級() 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 口座振込払の振込先銀行等及び口座番号	(普通 当座)			
⑨ その他				
<p>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。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>氏 名 ⑩</p> <p>様</p>				
※ 認 定 却 下	年 月 日 (支給開始 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。
- ◎字は楷書ではつきり書いて下さい。
- ◎※の欄は記入しないでください。

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入所し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、入所しているときは、()内に施設の種類を記入してください。

障害児福祉手当の支給に係る調査等のための同意書

平成 年 月 日

北海道知事 様

受給者氏名 印

法定代理人氏名 印

- 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。
- 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。
- 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。