

※受付 年 月 日

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	①	ふりがな 氏名及び性別	個人番号()	男・女
	②	生年月日	昭和 年 月 日 平成	満 歳
	③	住所	山陽小野田市 (電話番号)	
他制度の適用状況	④	障害年金 特別児童手当 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 ()
	⑤	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
⑥	施設への入所状況	1 収容されている () 2 収容されていない		
⑦	病院等への入院状況	1 入院している (年 月 日から) 2 入院していない		
⑧	その他			
関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。 年 月 日 氏 名 山陽小野田市福祉事務所長 様				
※ 認定 却 下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備考 台帳番号()		

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
- ◎ ※の欄は記入しないでください。

代理人氏名		続柄	
本人 確認欄	1点確認	個・住・免・旅・身・特・その他(療・精・)	
	2点確認	健・介・後・年・生・その他(自・福・証・)	

(注意)

- 1 ④の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的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「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。
- 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。
なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。
- 3 ⑥の欄は、身体障害者療養施設、身体障害者更生施設、精神薄弱者更生施設、特別養護老人ホーム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 ⑦の欄は、病院又は診療所に入院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、入院しているときは、()内に入院した年月日を記入してください。