

心身障害者福祉手当認定申請書

練馬区長殿

つぎのとおり、心身障害者福祉手当の受給資格の認定申請をします。

また、申請時および受給期間中に、練馬区長が受給資格の審査のために区の保有する税務情報を利用すること、障害の状況、特殊疾病の状況、施設入所の状況および他の手当の受給状況を関係所管に確認することならびに情報提供ネットワークシステムを使用して他自治体へ情報照会することに同意します。

※太枠内を記入

年 月 日

氏名 (受給者)			個人 番号																	
住所	練馬区			生年月日	T・S・H	年	月	日	()	歳										
				電話																
氏名 (保護者)	_____		個人 番号	- - - - -																
住所				生年月日	T・S・H	年	月	日												
				電話																
愛の手帳	東京都 第 _____ 号			度																
身体障害者 手帳	都道市 第 _____ 号			種 級																
精神障害者 保健福祉手帳	手帳番号 _____			級																
	有効期限 年 月 日																			
特殊疾病	病名 _____			◇ 脳性マヒ																
	受給者番号 () 年 月 日まで有効			◇ 進行性筋萎縮症																
児童育成(障害)手当受給の有無	有 ・ 無 ・ 申請中 ・ 申請予定																			
施設入所の状況	入所していない ・ 入所中(施設名 _____)																			
公金受取口座を利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> してください。	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。			※公金受取口座を利用する場合、振込口座を記載する必要はありません。																
振込先金融機関	銀行 信金 (支店コード _____)			信組 農協 支店・出張所																
振込 口座	預金種別	普通	番号																	
	口座名義 (カタカナ)																			
代行者	氏名				電話															
	住所				続柄															

※保護者の氏名等は、受給者が20歳未満の場合に記入してください。

※振込先口座は、受給者の口座としてください。

〔処理欄〕

受付	申請	愛の手帳新規・身障手帳新規・精神手帳新規・難病新規 転入(転入前住所 _____) (転入前住所での受給 有(年 月分まで)・無()) その他(_____)
	認定	年 月 日 認定 受給者番号 _____ 号 年 月分より支給開始
所得審査	却下	手当区分:(知障 度・身障 級・精神 級・難病・脳性マヒ・進行性筋萎縮症)
基準額:	備考	
判定額:		
支給: 可・不可		