様式第一号（第二条関係）

（表　面）

※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 令和　　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（　　級） 障害名（　　）｝	2　なし	
⑦ 施設への入所状況		1　収容されている（　　）　　2　されていない		
⑧ 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　　（

殿

※ 認　定 却　下	年　　月　　日 （支給開始　　年　　月）	※ 備　　考	

◎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）ではつきり書いて下さい。

◎※の欄は記入しないでください。

（日本工業規格　A列4番）

（裏　面）

注意

1　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、該当するものを〇で囲んでください。

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　⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを〇で囲んでください。

3　⑦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、該当するものを〇で囲んでください。

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。