

(要綱様式2号)

※	受付	年	月	日	県保健福	受付	年	月	日	受理年月日	年	月	日
町村	進達	年	月	日	祉事務所					受 理 番 号	(	・	)
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)											男 ・ 女
	氏名・性別												
	②	生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日										満 歳
他 制 度 の 適 用 状 況	③	住 所	TEL ()							④ 個人 番号			
	⑤	特別児童扶養手当 ・障害基礎年金等 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 () 4 受給していない。 証 書 記 号 番 号 () ()										
⑥	身体障害(療育)	身 障 手 帳	番 号 () 等 級 () 級)							療 育 手 帳	1 あ り { A B		
	手帳所有の状況		障害名 {)								2 な し		
⑦ 施設への入所状況		1 入所している () 2 入所していない											
⑧ 手 当 の 支 払 希 望 金 融 機 関 名		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。 年 月 日 氏 名 (代書人) 福島県 保健福祉事務所長 様											
銀行 支店 預金口座名 () 預金口座番号 () 郵便局 (その他)													

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

