

(要綱様式1号)

※ 受付 年 月 日 町村 進達 年 月 日	県保健福 受付 年 月 日 祉事務所	受理年月日 年 月 日 受理番号 ( . )	
<h1>特別障害者手当認定請求書</h1>			
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	明治 大正 年 月 日 昭和 令和	満 歳
	③ 住 所 TEL ( )	④ 個人番号	
他 制 度 の 適 用 状 況	⑤ 障害年金、老齢年金、遺族年金等の受給状況	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)手帳所有状況	身 障 手 帳 番 号 ( ) 等 級 ( ) 級 1 あ り 障 害 名 { } 2 な し	療 育 手 帳 1 あ り { A B 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 病院等への入院状況	1 入院している ( 年 月 日から ) 2 していない		
⑨ 特別障害者手当の支払希望金融機関名	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。		
銀行 支店 預金口座名 ( ) 預金口座番号 ( )  (その他) 郵便局	年 月 日 氏 名 (代書人 )  福島県 保健福祉事務所長 様		

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

※添付書類	(ア) 戸籍謄本・抄本及び住民票 (ウ) 特別障害者手当所得状況届	(イ) 診断書及びX線フィルム
※確認	(町村における確認事項) 1 障害基礎年金等の受給状況 2 身体障害(療育)手帳所有状況 3 入院等(入院先 ) 上記のとおり確認します。 年 月 日 (町村長)	
	(保健福祉事務所における確認事項) 施設入所(入所先 )	
※認定・却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	認定却下月 ) ※備考

(注 意)

- ⑤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、該当するものを記入してください。  
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。
- ⑦の欄は、身体障害者療護施設、肢体不自由者更生施設、知的障害者更生施設、特別養護老人ホーム等の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを記入してください。なお、入所しているときは( )内に施設の種類の記入してください。
- ⑧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。
- この請求書は、原則として、請求者が作成することとなっておりますが、請求者以外の者が請求書を作成した場合は、請求者の氏名のほかに代書人の氏名を記入してください。
- 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。
- この請求書について、わからないことがある場合には、最寄りの町村役場に聞いてください。

## 公 的 年 金 等

イ	福祉手当
ロ	国民年金
ハ	厚生年金保険の年金
ニ	船員保険の年金
ホ	恩給
へ	国家公務員等共済組合の年金
ト	条例による地方公務員の年金
チ	地方公務員共済年金、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会、又は旧市町村職員共済組合の年金
リ	私立学校教職員共済組合の年金
ヌ	農林漁業団体職員共済組合の年金
ル	国会議員互助年金
ヲ	日本製鉄八幡共済組合の年金
ワ	執行官の恩給
カ	旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員等共済組合連合会が支給する年金
ヨ	戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
タ	未帰還者の留守家族手当
レ	労働者災害補償保険の年金
ソ	国家公務員災害補償制度の年金
ツ	公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ネ	地方公務員災害補償制度の年金
ナ	原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律に基づく介護手当