

心身障害者福祉手当認定申請書

年 月 日

目黒区長 あて

下記のとおり心身障害者福祉手当の受給資格の認定を申請します。また、課税台帳等による所得状況の確認、その他心身障害者福祉手当の受給資格について必要な調査を受けることに同意します。

申請者	フリガナ											生 年 月 日	年 月 日生		
	氏 名											電 話	()		
	個人番号														
	住 所	目黒区													
保護者	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と別住所 <small>※別住所の場合、下の住所欄に記入してください。</small>										続 柄			
		個人番号											生年月日	年 月 日生	
	氏 名	<input type="checkbox"/> 申請者と別住所 <small>※別住所の場合、下の住所欄に記入してください。</small>										続 柄			
		個人番号											生年月日	年 月 日生	
住 所	※ 申請者と別住所の場合に記入														
障害状況	身体障害者手帳	都 京 道 第 号										等 級	種 級		
	愛の手帳	東 京 道 第 号										程 度	度		
	特殊疾病(障害)名											脳性まひ 進行性筋萎縮症			
申請事由	1 手帳取得 2 転入 3 20歳到達 4 所得制限内 5 その他()														
	1 特定医療費(指定難病)受給者証又は(都)医療券あり(年 月 日～ 年 月 日)														
	2 小児慢性特定疾病医療受給者証あり(年 月 日～ 年 月 日)														
その他	3 診断書あり (生活保護: 受けている 受けていない)														
	児童育成(障害)手当	1 受けていない 2 受けている (年 月分まで)													
	施設入所	1 入所していない 2 入所している ()													
	所得状況	1 所得制限内 2 所得制限超過 3 課税権なし													
他の区市町村で同種の手当受給の有無															
1 受けていない 2 受けていた(年 月分まで 区市町村から)															
振込先	銀 行 信用金庫 信用組合										店 番 号()	店 普通 ・ 当座			
	口座番号										フリガナ 口座名義人				
区処理欄	支給区分	重 度 ・ 中 度 ・ 難 病										認 定 番 号	第 号		
	支払開始年月	年 月													

裏面の注意をよく読んでから書いてください。

(用紙規格A4)

第1号様式(裏)

1 添付書類

- (1) 知的障害者は「愛の手帳」、身体障害者は「身体障害者手帳」、特殊疾病患者は「特定医療費(指定難病)受給者証」、「 都医療券」又は「小児慢性特定疾病医療受給者証」
- (2) 心身障害者福祉手当の支給要件に該当する者(以下「受給資格者」という。)(受給資格者が20歳未満の場合は、当該受給資格者又はその保護者(受給資格者を扶養(監護し、かつ、その生計を主として維持することをいう。以下同じ。)する父若しくは母又は父母に扶養されない受給資格者を扶養する者をいう。))がその年(1月から7月までに行う申請については、前年)の1月1日において、目黒区内に住所を有しなかったときは、当該受給資格者の前年の所得(1月から7月までに行う申請については、前々年の所得)の状況を証する書類(ただし目黒区長が個人番号を利用し、他市区町村長が保有する住民税関係の情報を取得することに同意する場合は不要です。)
- (3) その他心身障害者福祉手当の受給資格の有無を確認するために必要な書類

2 記入上の注意

- (1) 「他の区市町村で同種の手当受給の有無」とは、本区に転入する前の区市町村(都内に限る。)で心身障害者福祉手当を受けていたかどうかのことです。
- (2) 該当する番号を○で囲んでください。