

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	(ふりがな)			男 ・ 女
	① 氏 名 ・ 性 別			
	② 生 年 月 日			
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	証書記号番号 ()	
⑥ 身体障害者手帳の所有状況	⑤ 障害年金・老齢年金・遺族年金等の受給状況	3 申請中	年金等の種類 ()	
		4 受給していない	証書記号番号 ()	
		1 あり	番 号 () 等 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 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 その他				
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名</p> <p>始良市福祉事務所長 殿</p>				
※ 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。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。
- ◎ ※の欄は記入しないでください。