|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※受付日 |  | ※認定番号 | 阪豊児 |

様式第一号（第二条関係）

|  |
| --- |
| 障害児福祉手当認定請求書 |
| 認定を受けようとする者 | （ふりがな）1. 氏名・性別
 |  | 男・女 |
| 　　 |
| 1. 生年月日
 | 　　　　　　年　　　　月　　　日　 | 満　　　歳 |
| 1. 住　　所
 | 豊中市　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話： |
| ④個人番号(マイナンバー) |  |
| 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　　　　　　　　　年金等の種類２．支給停止されている　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）３．申請中　　　　　　　　　　　　証書記号番号４．受給していない　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ⑥身体障害者手帳の所有状況 | １．あり　　　　番号　　　　　（第　　　　　　　　　　号）　　　　　　　　等級　　　　 （　　　　　級）　　　　　　　　障害名　　 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）２．なし |
| ⑦療育手帳の所有状況 | １．あり　　　　番号　　　　　（第　　　　　　　　　　号）　　　　　　　　判定日　　　　（　　　　　　年　　　　月　　　　日）　　　　　　　　程度　　　　　（　　　　　　　）　　　　　　　　次期判定日　　（　　　　　　年　　　　月　　　　日）２．なし |
| ⑧精神障害者保健福祉手帳の所有状況 | １．あり　　　　番号　　　　　（第　　　　　　　　　　号）　　　　　　　　等級　　　　　（　　　　　級）　　　　　　　　有効期限　　　（　　　　　　年　　　　月　　　　日）２．なし |
| ⑨施設への入所状況 | １．入所している　　施設の種類（　　　　　　　　　　　　　　　　　）２．していない |
| ⑩その他（転入前住所等） |  |
| 　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。　なお、本人が属する世帯全員の市民税課税台帳・住民基本台帳・生活保護受給者台帳等を閲覧・照会すること、障害年金等の受給の有無、並びに、施設入所及び病院等への入院状況について豊中市が調査することに同意します。また、転入の場合は、障害児福祉手当受給に係る診断書等の写しを転入前の自治体から取り寄せることについて同意します。　　　　　□はい　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　豊 中 市 長　様　　年　　月　　日　　保護者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　　　　　　） |

※審査欄

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定年月日 |  | 支給開始年　　月 |  | 認　定 | 却　下 | 停　止 |
|  |  |  |
| 却下年月日 |  | 却下理由 |  |

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 ／ ※欄は記入しないでください

注　　意

1. ⑤の欄は、特別児童扶養手当、障害基礎年金等他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○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。

２．⑥⑦⑧の欄は、身体障害者手帳等の所持の有無について、該当するものを○で

囲んでください。

３．⑨の欄は、障害児入所施設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○で囲んでください。

なお、入所しているときは、（　）内に施設の種類を記入してください。

４．⑩の欄は、住所地を変更したために新たに受給資格の認定を請求する場合にお

いて、変更前の住所を記入してください。