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

様式第五号（第十五条関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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）  ①氏名・性別 |  | 男・女 | |
|  |
| ②生年月日 | Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　　　　　　年　　　　月　　　日 | 満　　　歳 | |
| ③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　　　　　　　　　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）  　　　　　　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　　　　　　医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| ⑪その他（転入前住所等） | |  | | |
| 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。  　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、特別障害者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　　　　●記入にあたっては、対象である本人の承諾を受けたうえで記入しました  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人との関係（　　　　　　　　　　）  年　　月　　日　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　-　　　　　- | | | | |

※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、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○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「公的年金等の種類」

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。

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、障害者支援施設、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○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、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。

５．　⑪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。

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

二　船員保険の年金

ホ　恩給

へ　国家公務員共済組合の年金

ト　条例による地方公務員の年金

チ　地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会員共済会、　　　　　　　　　又は旧市町村職員共済組合の年金

リ　日本私立学校振興・共済事業団の年金

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のからの年金受給者のために国家公務員共済組合連合会が　　　　　　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　労働者災害補償制度の年金

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援護に関する法律に基づく介護手当