

様式第一号(第二条関係)

(表 面)

※受付 年 月 日

障 害 児 福 祉 手 当 認 定 請 求 書			
認定を受けようとする者	①(ふりがな) 氏 名 別 性 別	Ⓜ	
	②生年月日	年 月 日	満 歳
	③住所	飯田市	④個人番号
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 2 支給停止されている 3 申請中 4 受給していない	} 年金等の種類 ( ) 証書記号番号 ( )
	⑥身体障害者手帳の所有状況	1 あり { 番 号( ) 等 級( ) 障 害 名( ) } 2 なし	
⑦ 施設への入所状況		1 收容されている( )	2 されていない
⑧ その他			
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。 年 月 日 氏 名 Ⓜ 飯田市福祉事務所長 殿			
※ 認 定 却 下	年 月 日 (支給開始 年 月 日)	※ 備 考	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書ではつきり書いて下さい。

◎※の欄は記入しないでください。

《金融機関》  八十二銀行 支店  
 飯田信用金庫  
  
 みなみ信州農協 支所  
 《預金種別》  普通  当座 《口座番号》

★ご本人名義の口座を記入してください★

本人・代理人	身元確認	一号書類(1点で可) <input type="checkbox"/> 個カ・ <input type="checkbox"/> 免・ <input type="checkbox"/> パ・ <input type="checkbox"/> 在・ <input type="checkbox"/> 住カ(B)・ <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> その他( )	二号書類(2点以上) <input type="checkbox"/> 保・ <input type="checkbox"/> 介・ <input type="checkbox"/> 受給証・ <input type="checkbox"/> 年手 <input type="checkbox"/> その他( )	(左記との組合せで可とするもの) <input type="checkbox"/> 学証・ <input type="checkbox"/> 社証・ <input type="checkbox"/> 診 <input type="checkbox"/> その他( )	開取り確認 確認事項 <input type="checkbox"/> 登記事項証明 <input type="checkbox"/> 社員証	確認者
	番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載事項証明書	<input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 住基検索	代理確認 <input type="checkbox"/> 法定代理人(口戸・口住・口成後・口その他( )) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号書類( )		

(裏 面)

注意

1 ⑤の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等他の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 ⑥の欄は、身体障害者手帳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 ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に收容され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、收容されているときは、( )内に施設の種類を記入してください。