

支 払 金 融 機 関			
金融機関名・支店名	種 別	口 座 番 号	
.....	普通 当座		

※ 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) フリガナ 氏名・性別			男・女
	(2) 生年月日	令和 年 月 日	満 歳	
	(3) 住 所		(4) 電話番号	
	(5) 個人番号			
	他制度の適用状況	(6) 特別児童扶養手当 障害基礎年金等 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 ( )
(7) 身体障害者手帳 療育手帳の 所有状況		1 あり	番号( 第 号 ) 等級( 種 級 ) 障害名( ) 交付年月日( 年 月 日 )	
(8) 施設への入所状況	1 収容されている ( 年 月 日から ) 2 されていない			
(9) そ の 他				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名 (保護者名) (児童名)</p> <p>長岡市社会福祉事務所長 様</p>				

※認定 却下	令和 年 月 日 (支給開始 年 月)	※備考	有期認定 有( 年 月)・無
-----------	------------------------	-----	----------------

◎ 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。