

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

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	フリガナ (1) 氏名・性別			男・女
	(2) 生年月日	大正 昭和 平成	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) 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 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 ) } 2 なし	
(8) 施設への入所状況	1 入所している ( ) 2 されていない			
(9) 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			
(10) そ の 他				

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。

年 月 日

氏名

長岡市社会福祉事務所長 様

※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。