

### 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											男・女
	① 氏名・性別											
	② 生年月日	平成	年	月	日						歳	
	③ 住所	倉敷市										
④ 個人番号												
他制度の適用状況	特別児童扶養手当											年金等の種類 証書記号番号
	⑤ 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		}								
⑥ 身体障害者手帳 の所有状況	1 あり	{	番号									
	2 なし		{	等級								
		{		障害								
⑦ 施設への入所状況	1 入所している [ ]										2 していない	
⑧ その他【転入前住所等】												
<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。 また、所得状況について、課税台帳等により確認されることを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p>倉敷市 社会福祉事務所長 宛</p>												
※ 認定 却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 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有の有無について、該当するものを○で囲んでください。  
なお、手帳を持っているときは、( )内にその内容を記入してください。
- 3 ⑦の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障害児施設、知的障害者更生施設等の施設に入所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、入所されているときは、( )内に施設の種類を記入してください。
- 4 ⑧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。

※受付 令和 年 月 日

障害児福祉手当(福祉手当)所得状況届

① 受給資格者	(ふりがな)				住 所								
	氏 名				住 所								
	個人番号												
② 配偶者	氏 名				住 所								
	個人番号												
③ 扶養義務者	氏 名				住 所								
	(受給資格者との続柄)												
	個人番号												
④	年所得				⑤	受給資格者		⑥	配偶者		⑦	扶養義務者	
⑧	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給者については、㉞70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉟特定扶養親族の数、㊱16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))					人			人			人	
					(㉞)	人		(	人)		(	人)	
					(㉟)	人							
⑨	所得額				円	※ア	円	円	※イ	円	円	※ウ	円
控除	⑩ 障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数				人	円	円	人	円	円	人	円	
	⑪ 特別障害者である控除対象配偶者及び扶養親族の数				人	円	円	人	円	円	人	円	
	⑫ 障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・寡婦の特例・勤労学生の特例				寡・寡特・勤	円	円	障・特障・勤	円	円	障・特障・寡・寡特・勤	円	
	⑬				円	円	円	円	円	円	円	円	
	⑭ 社会保険料等相当額				円	円	円	円	円	円	円	円	
⑮	控除後の所得額				円	円	円	円	円	円	円	円	
上記のとおり、相違ありません。													
令和 年 月 日													
倉敷市 社会福祉事務所長 宛													
氏 名													
※	審査												

- ◎ 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。
- ◎ ※の欄は記入しないでください。

注意

- 1 ③の欄は、あなたの子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、あなたの生計を維持している人について記入してください。
- 2 ⑧の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族(以下「扶養親族等」という。)の合計数を記入してください。  
なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により( )内に再掲してください。
  - 1 受給者については、⑦に70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、④に特定扶養親族の数を、⑨に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
  - 2 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 3 ⑨の欄は、前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。
- 4 ⑩の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。
- 5 ⑪の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。
- 6 ⑫の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦(寡夫)、寡婦控除の特例対象者又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 7 ⑬の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額を記入してください。
- 8 ⑭の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに当該控除額を記入してください。

# 承 諾 書

受給資格者	(ふりがな)		
	氏名・性別		男 ・ 女
	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 正 <input type="checkbox"/> 昭 和 <input type="checkbox"/> 平 成 <input type="checkbox"/> 令 和	年 月 日 満 歳
	住 所	倉敷市	

特別児童扶養手当等の支給に関する法律第37条に規定する厚生年金保険法、国民年金法及び船員保険法に基づく障害年金の受給権有無の資料の提出について、年金事務所等に依頼することには異存がありません。

令和 年 月 日

氏 名

( 法定代理人の場合

受給資格者との続柄 \_\_\_\_\_ )

倉敷市 社会福祉事務所長 宛

特別障害者手当  
障害児福祉手当

口座振替申請書

倉敷市会計管理者 様

倉敷市から受ける 特別障害者手当 障害児福祉手当		は、下記金融機関へ振り込んでください。	
令和	年	月	日
住所		倉敷市	
氏名		_____	
TEL (		) _____	
金融機関の 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 支所	
預金種別・ 記号・番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	番号	_____ _____ _____ _____ _____
(フリガナ) 口座名義人	_____ _____		

◎ 振込口座は受給者ご本人様名義の口座になります。