

受理年月日・受理番号			
<b>障害児福祉手当認定請求書</b>			
認定を受けようとする者	①（ふりがな） 氏名・性別	男 ・ 女	
	② 生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 平成	満 歳
	③ 住 所	TEL ( - )	
他制度の適用状況	④ 特別児童扶養手当・障害基礎年金等の受給状況	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 ( ) ( )
	⑤ 身体障害者手帳療育手帳所有状況	身障手帳 1 あり 2 なし	番号 ( ) 等級 ( 等) 療育手帳 1 あり } A 2 なし } B
⑥ 施設への入所状況		1 収容されている ( ) 2 収容されていない	
⑦ 障害児福祉手当の支払希望金融機関名		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 ⑩  (代書人 )  喜多方市福祉事務所長 様	
・銀行名 < > 支店名 < > 口座番号 < > 口座名義 < 本人 >			
・農協名 < > 支所名 < > 口座番号 < > 口座名義 < 本人 >			
・その他			