

心身障害者福祉手当認定申請書

受給対象者	フリガナ					生年月日	年 月 日
	氏名						(歳)
	個人番号					電話番号	
	住所						
	申請事由	身体障害者手帳	番号	号	等級	種	級
		愛の手帳	番号	号	程度		度
		障害名	1 脳性まひ 2 進行性筋い縮症 3 その他()				
	他の区市町村での同種手当受給の有無	1 有 () 2 無		区市町村:		年 月 まで)	
他手当受給の有無	・児童育成手当(障害手当)の受給 (1 有 ・ 2 無) ・特殊疾病者福祉手当の受給 (1 有 ・ 2 無)						
施設入所の有無	1 有 (施設名:) 2 無						
扶養義務者	フリガナ					生年月日	年 月 日
	氏名						(歳)
	個人番号					電話番号	
	住所					対象者との続柄	
<p>上記のとおり、心身障害者福祉手当の受給資格の認定を申請します。 なお、この申請に関し必要な住民情報、課税情報等を公簿等により確認することに同意します。</p> <p>年 月 日 (宛先) 昭島市長</p> <p style="text-align: right;">受給対象者氏名 _____</p> <p style="text-align: right;">扶養義務者氏名 _____ (受給対象者が20歳未満のとき)</p>							
総所得金額		円		扶養親族	老配・老人 () 人	計 人	
雑損・医療費		円			特定扶養 () 人		
社会保険料・小規模企業		円			16~18歳 () 人		
配偶者特別		円		所得制限基準額	その他 () 人	円	
控除額	障害	特別 () 人	円		<備考>		
	扶養	普通 () 人	円				
	本人	寡婦(夫)・特定寡婦		円			
		みなし(寡婦(夫)・特別寡婦)		円			
勤労		円					
控除後の所得金額		円					

※太枠の中を記入してください。

※記載された事項は、保健福祉総合システムのコンピュータに記録されます。