

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 (歳)	
	氏 名															
	個人番号												電話番号			
	住 所															
	申請事由	身体障害者手帳		番 号								等級		種 級		
		愛 の 手 帳		番 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 (区市町村: 年 月まで) 2 無												
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 (歳)	
	氏 名															
	個人番号												電話番号			
	住 所												対象者との続柄			
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。 年 月 日 (宛先) 昭島市長 受給対象者氏名 _____ 扶養義務者氏名 _____ (受給対象者が20歳未満のとき)																
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		
控除額	配偶者特別			円										所得制限基準額	円	
	障害	特別 () 人	円													
		扶養	普通 () 人	円												
	本人	寡婦 (夫)・特定寡婦	円										<備考>			
		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。