

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。