

心身障害者福祉手当認定申請書

羽 村 市 長 あて

申請者氏名

心身障害者福祉手当の受給資格の認定を申請します。

電話 ()

ふりがな 氏 名						生年月日	年 月 日 (歳)					
	現 住 所											
障害種別	身体障害者手帳	番号	都 道 府 県 市	号	等級	種 級	障害名	1 脳性マヒ				
	愛の手帳	番号	東 京 都	号	等級	度		2 進行性筋萎縮症 3 その他				
その他	他の区市町村で同種の手当受給の有無					施 設 入 所 の 有 無						
	1 受けていた	区 市 町 村 (月分まで)			1 入所している	施設名 ()						
	2 受けていない				2 入所していない							
振込口座	金融機関名		支店名		種別	口座番号		口座名義(カタカナ)				
					普通 当座							
所得計算	前年所得	雑損控除	医療費控除	小規模企業 共済掛金控除	配偶者特別 控 除	社会保険料 控 除	老年人 控 除	寡婦・寡夫 控除	勤労学生 控 除	障害者数	扶養親族 の数	控除後の所得
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	障 特障 人 (人)	人 うち老人扶養 親族等 (人)	円

裏面の注意をよく読んでから記入してください。

税情報を所管する課において、上記所得計算欄の内容を確認することに同意します。

氏名

1 添付書類

- (1) 知的障害者の方は「愛の手帳」、身体障害者の方は「身体障害者手帳」
- (2) 前年所得(1月から7月までの申請書は前々年の所得)の状況を証する書類
- (3) 上記(1)の手帳を所持していない者は「障害診断書」

2 記入上の注意

- (1) 申請書は全て障害者本人について記入してください。
- (2) 「他の区市町村で同種の手当受給の有無」とは本市に転入する前の区市町村(都内に限る)で心身障害者福祉手当をうけていたかどうかのことです。
- (3) 該当する欄は番号を○で囲んでください。