

(表)
心身障害者福祉手当受給資格認定申請書

武蔵村山市長 殿

年 月 日

住所
申請者 氏名 (印)
障害者(児)との続柄()
電話 ()

心身障害者福祉手当の受給資格の認定を申請します。

受給者	氏名 (ふりがな)					生年月日	年 月 日	電話番号						
	住所					個人番号								
	身体障害者手帳	番号	都 道 府 市	号	等級	種 級	障害名 1 脳性麻ひ 2 進行性筋萎縮症 3 その他	職 業	有 無					
	愛の手帳	番号			程度	度								
保護者	住所					電話番号								
	氏名					個人番号								
	氏名					個人番号								
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 2 受けていない	区 市 町 村				1 入所している 2 入所していない	施設名							
所得計算	前年所得	雑損控除	医療控除	小規模企業共済等掛金控除	配偶者特別控除	社会保険料控除	寡婦・寡夫控除	勤労学生控除	障害者数	扶養親族等数	控除後の得			
	円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 円	※ 人	※ 人	※ 円			
備考	1 ※欄は記入の必要ありません。 2 裏面の注意をよく読んでから書いてください。													

(裏)

1 添付書類

- (1) 住民票の写し
- (2) 知的障害者は「愛の手帳」、身体障害者は「身体障害者手帳」の写し
- (3) 前年所得(1月から7月までの申請者は前々年の所得)の状況を証する書類
- (4) 上記(2)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(児)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東京都の区域内の他の区市町村で心身障害者福祉手当を受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。