

(第1号様式)

心身障害者福祉手当受給資格認定申請書

20歳以上 20歳未満

武蔵村山市長 殿

平成 年 月 日

住 所 武蔵村山市

心身障害者福祉手当の受給資格の認定を申請します。

申請者 氏 名 印

新規・更新時の所得状況調査等については、武蔵村山市長に委任します。

障害者(児)との続柄 ()

電 話 ()

(ふりがな) 氏 名		性 別		男・女	生年月日		明 大 年 月 日 昭 平 (歳)					
住 所		武蔵村山市		電 話 番 号 ()		職 業		有 ・ 無				
障害の 状況	身体障害者手帳	番 号	道府 都 号		等 級	種 級	障害名	1 脳性麻ひ				
	愛の手帳	番 号	区 市 町 村 号		程 度	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		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								
所得計算	前年度所得	雑 損 得	医 療 控 除	小規模企業共済等掛金控除	老年人控除	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	扶養親族等の数	控除後の所得
	円	円	円	円	円	円	円	円	円	障 人 特障 人	人 うち老人扶養親族 (人)	円

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』
- (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) 診断書は全て障害者(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区市町村(都内に限る)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。