

心身障害者福祉手当受給者現況届（令和 5年度）

フリガナ 氏 名	生年月日		() 歳	
	性別		認定NO	
住 所	電話		()	
障害者手帳 等の状況	身体障害	番号 号 第 種 級		
	知的障害	番号 号 度		
	脳性麻痺	有 ・ 無	進行性筋萎縮症	有 ・ 無
生活の状況	現在どちらで生活していますか			
	1 自宅 2 施設に入所している（通所を除く） （ 年 月 日入所） 施設の名称 _____ 施設の住所 _____ （* 特・養・障・健・老G・障G）記入しないでください 3 入院している（ 年 月 日から）			
令和5年1月1日の住所について 1 現在と同じ 2 現在と違う（ ）				

心身障害者福祉手当の受給資格の現況を届出します。

なお、心身障害者福祉手当に係る受給者等の所得・施設入所状況等について、関係機関に照会することに同意します。

年 月 日 受給者氏名 印
 保護者氏名
 （対象者が20歳未満の場合） 印

令和 5年1月2日以降に武蔵村山に転入された方は、前住所地からの令和 5年度所得（課税）証明書が必要です。