

支給開始月	月
支給月額	円

仮受付欄	障害種別	肢体不自由 聴覚(平衡機能) 特殊疾病(難病)	視覚 音声言語咀嚼機能 知的 精神	内部	等級	級・度
確認欄	手帳確認 医療券確認 診断書確認	確認年月日	年	月	日	確認印
資格の認定	認定 不認定	認定年月日	年	月	日	

訂正する場合は、二重線で訂正し、訂正箇所付近にフルネームで訂正署名をしてください。
修正液等は使用しないでください。

墨田区心身障害者

申請者	住所	墨田区江東橋〇〇 墨田太郎 吾妻橋	
	フリガナ氏名	スミダ タロウ 墨田 太郎	
請	生年月日	〇〇年 〇月 〇〇日	連絡先 〇〇(〇〇)〇〇〇〇
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
者	手帳情報	身体障害者 1 級 障害者 度 精神障害者 級 特殊疾病(難病) その他	手帳番号 〇〇〇〇〇〇 手帳交付年月日 〇〇年〇月〇〇日 障害名 心臓機能障害
	代理	日区江東橋〇〇 〇〇 〇〇	代理に方が記入する場合は代行者欄の記入をお願いいたします。
代行者	フリガナ氏名	スミダ ハナコ 墨田 花子	
	生年月日	〇〇年 〇月 〇〇日	申請者との関係 母
入金先	本人名義の銀行口座	銀行 普通	口座番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
	〇 〇 信用金庫 〇〇 支店 信用組合	当座	カタカナ口座名義 スミダ タロウ
その他	児童育成手当(障害手当)	① 受けている ② 受けていない	施設入所 有・無
	他の区市町村での手当	有・無 (年 月分まで)(区市町村)	

個人番号(マイナンバー)カードまたは通知カードで確認のうえ、記入をお願いします。

手帳情報を記入してください。不明の場合、空欄で結構です。難病の方の場合は記入不要です。

本人名義の銀行口座

日付は記入しないでください。

~~年 月 日~~

申請者 住所 墨田区 吾妻橋 〇 〇 〇 〇
隅田川マンション〇〇〇号室

墨田区長 あて

氏名 墨田 太郎

同意書

申請者(対象者本人)

私は、墨田区心身障害者福祉手当の認定申請に当たり、次のことに同意します。

認定の申請の受理若しくは申請内容の確認、認定に係る届出内容の確認又は認定後の状況調査若しくは資格確認のため、裏面記載の情報について墨田区の保有する情報により確認すること。

なお、所得に関する情報について、情報を保有する機関が他の区市町村の場合は、その機関に対し照会することに同意します。

また、生活保護を受給しており、かつ難病(東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則別表第1に掲げる疾病に限る。)により手当を受給する場合にあっては、区長が病状を確認するために掛かり付けの医師に診断書の作成を依頼することに同意します。

~~年 月 日~~ 日付は記入しないでください。

住所 〒 -
墨田区吾妻橋〇 〇〇 〇〇隅田川マンション〇〇〇号室

氏名 墨田 太郎

配偶者又は扶養義務者 (申請者が20歳未満の場合)

私は、心身障害者福祉手当の認定に当たり、次のことに同意します。

認定の申請の受理若しくは申請内容の確認、認定に係る届出内容の確認又は認定後の状況調査若しくは資格確認のため、裏面記載の情報について墨田区の保有する情報により確認すること。

対象者が20歳未満の場合のみ、扶養義務者の氏名を記入してください。

なお、所得に関する情報について、情報を保有する機関が他の区市町村の場合は、その機関に対し照会することに同意します。

住所 〒 - 同上
氏名 墨田 大介

住所 〒 - 同上

氏名 墨田 花子

処理欄	所得額	控除額	控除後所得額	扶養人数	所得制限額
	年齢	手帳/医療券	児童育成手当	施設入所	他の市区町村で の手当

第1号の2様式（裏）

申請者（対象者本人）について確認する情報

所得に関する情報	<p style="text-align: center;">この面の記入は不要です。</p>	第11項
住民基本台帳の住所に関する情報		独立行
障害者生活保護に関する情報		に基づく
中国残留邦人等支援給付に関する情報		及び更新
墨田区児童育成手当条例による障害手当の受給情報		精神障害者
その他資格要件を確認するために必要な情報		健康福祉手帳
老齢年金に関する情報		
独居に関する情報		
政法に関する情報		
難病に関する情報		
医療情報		
精神障害に関する情報		
福祉に関する情報		

配偶者又は扶養義務者（申請者が20歳未満の場合）について確認する情報

- 所得に関する情報
- 住民基本台帳の情報
- 生活保護受給に関する情報
- 中国残留邦人等支援給付に関する情報
- 墨田区児童育成手当条例による障害手当の受給情報
- その他資格要件を確認するために必要な情報