

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	確認 年 月 日	年 月 日	年 月 日	確認印	
	医療券確認					
	診断書確認					
資格の認定	認定	認定 年 月 日	年 月 日	年 月 日	認定番号	第 号
	不認定					

墨田区心身障害者福祉手当認定申請書

申請者	住所					
	フリガナ氏名				
	生年月日	年 月 日	連絡先	()		
	個人番号				
	障害区分	1 身体障害者 級	手帳番号			
	2 知的障害者 度	手帳交付日	年 月 日			
	3 精神障害者 級	年 月 日				
	4 特殊疾病(難病)	障害名				
	5 その他					
代行者	住所					
	フリガナ氏名				
	生年月日	年 月 日	申請者との関係			
振込先	銀行 信用金庫 信用組合	支店	普通 ・ 当座	口座番号		
				カタカナ 口座名義		
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)				
心身障害者福祉手当の支給を受けたいので、上記のとおり申請します。						
年 月 日						
申請者 住所 墨田区						
墨田区長 あて 氏名						