

訂正時は二重線で消し、余白に正しい情報を記入してください。
ただし、振込先並びに署名欄の訂正には訂正署名または訂正印が
必要です。修正液・修正テープは使用しないでください。

1 枚目

※1号様式

支給開始月	月
支給月額	円

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

何も記入しないでください。

墨田区心身障害者福祉手当認定申請書

申請者	住所	墨田区江東橋 1-23-45 陽田川マンション607号室 各妻橋				
	フリガナ氏名	スミダ タロウ 墨田 太郎				
	生年月日	563 年 5 月 12 日	連絡先	090(1234)5678		
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2				
障害区分	① 身体障害者	1 級	手帳番号	都 1234567		
	② 知的障害者	度	手帳交付年月日	H20 年 7 月 7 日		
	③ 精神障害者	級	障害名	心臓機能障害		
	④ 特殊疾病(難病)					
	⑤ その他					
代行者	住所	墨田区江東橋 〇-〇〇-〇〇				
	フリガナ氏名	スミダ ハナコ 墨田 花子				
	生年月日	530 年 7 月 4 日	申請者との関係	母		
振込先	振込先	信用金庫 〇〇入支店	口座番号	0987654		
	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)				

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 日付は記入しないでください。

申請者 住所 墨田区 各妻橋 1-23-45 陽田川マンション607号室

墨田区長 あて 氏名 墨田 太郎 ※

- ① 手帳または受給者証を所持している方の情報を記入してください
- ② 個人番号(マイナンバー)はマイナンバーカードで確認の上、記入してください(未記入でも可)
- ③ 手帳情報が不明の場合は空欄のままでもOK
- ④ 難病の疾病名は障害名欄に記入してください

代理の方が記入される場合は記入される方の情報を代行者欄に記入

本人が未成年でも
本人名義の口座を御指定ください

確認欄3か所すべて、いずれか当てはまるものを○で囲んでください

未成年であっても、手帳をお持ちの方の住所・氏名を記入してください

必ず署名してください。(代筆可)
記名(差込み印刷やゴム印等)の場合は無効となります。

※注釈

<訂正印を使用する場合の注意点>

- ① シャチハタでの訂正印は不可。(朱肉を使う印を御使用ください。認印・三文判可)
- ② 訂正印にて修正をする場合には申請書下部の申請者署名欄並びに同意書の対象者本人署名欄にも同一の印を押下してください。申請書等への押下がない場合には、訂正印は無効ですので御注意ください。

同

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

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、表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なります。

年 月 日

日付は記入しないでください。

住 所 〒130-0001

墨田区吾妻橋1-23-45隅田川マンション607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、表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。

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 得 額	扶 養 人 数	所 得 制 限 額
	年 齢	手帳/医療券	児童育成手当	補 設 入 所	他の市区町村で の手当

(A4)

手帳または
難病受給者証をお持ちの方
の氏名・住所を記入してく
ださい。

対象者本人が20歳未満の
場合には、扶養義務者様
の氏名・住所を御記入く
ださい。

御両親がいらっしゃる場
合には、お二人とも御記
入ください。

裏面

※同意書裏面には本手当の認定にあたり、照会させていただく可能性のある項目を記載しております。お読みいただき、御同意いただいた上で、同意書に御記入ください。

第2号の2様式（表）
申請者（対象者本人）について確認する情報

- 1) 所得に関する情報
- 2) 住民基本台帳の情報
- 3) 障害基礎年金の情報
- 4) 生活保護受給に関する情報
- 5) 中国残留帰国帰省者等に対する情報
- 6) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第117条に規定する障害者に対する情報
- 7) 介護保険給付に関する情報
- 8) 老人福祉法による福祉に関する情報
- 9) 社会福祉法による福祉に関する情報
- 10) 児童福祉法による児童福祉に関する情報
- 11) 障害者に対する情報
- 12) 障害者に対する情報
- 13) 障害者に対する情報

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

- 1) 所得に関する情報
- 2) 住民基本台帳の情報
- 3) 生活保護受給に関する情報
- 4) 中国残留帰国帰省者等に対する情報
- 5) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第117条に規定する障害者に対する情報
- 6) 介護保険給付に関する情報
- 7) 老人福祉法による福祉に関する情報
- 8) 社会福祉法による福祉に関する情報
- 9) 児童福祉法による児童福祉に関する情報
- 10) 障害者に対する情報
- 11) 障害者に対する情報
- 12) 障害者に対する情報