

※受付 年 月 日

特別障害者手当認定請求書				
認定を受けようとする者	(ふりがな)			
	①氏名・性別	Ⓜ		男・女
	②生年月日	年 月 日		満 歳
他制度の適用状況	④障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給の状況	1 受給している	年金の種類	
		2 支給停止されている	()	
	3 申請中	証書記号番号		()
⑤身体障害者手帳の所有状況	記号 ()			
	1 あり 等級 ()	2 なし		
⑥施設への入所状況	1 収容されている ()		2 されていない	
⑦その他				
関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求いたします。 年 月 日 氏名 Ⓜ 伊達市健康福祉部長 様				
※認定却下	年 月 日 (支給開始 年 月)		※備考	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
 ◎字は楷書で、はっきり書いてください。
 ◎※の欄は、記入しないでください。

注 意

- 1 ④の欄は、障害年金・老齢年金・遺族年金等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んで下さい。
なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害基礎年金・福祉手当・老齢年金・遺族年金等)を具体的に記入して下さい。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入して下さい。
- 2 ⑤の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んで下さい。
なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入して下さい。
- 3 ⑥の欄は、身体障害者養護施設、身体障害者更正施設、知的障害者更正施設、特別養護老人ホーム等の施設に收容されているかどうかについて、該当するものを○で囲んで下さい。
なお、收容されているときは、()内に施設の種類の種類を記入して下さい。
- 4 ⑦の欄は、病院または診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを○で囲んで下さい。
なお、入院しているときは、()内に入院した年月日を記入して下さい。

公 的 年 金 等

- | | |
|---|--|
| イ | 福祉手当 |
| ロ | 国民年金 |
| ハ | 厚生年金保険の年金 |
| ニ | 船員保険の年金 |
| ホ | 恩給 |
| ヘ | 国家公務員等共済組合の年金 |
| ト | 条例による地方公務員の年金 |
| チ | 地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済組合または、旧市町村職員共済組合の年金 |
| リ | 私立学校教職員共済組合の年金 |
| ヌ | 農林漁業団体職員共済組合の年金 |
| ル | 国会議員互助年金 |
| ヲ | 日本製鉄八幡共済組合の年金 |
| ワ | 執行官の恩給 |
| カ | 旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員等共済組合連合会が支給する年金 |
| ヨ | 戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金 |
| タ | 未帰還者の留守家族手当 |
| レ | 労働者災害補償保険の年金 |
| ソ | 国家公務員災害補償制度の年金 |
| ツ | 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金 |
| ネ | 地方公務員災害補償制度の年金 |
| ナ | 原子爆弾被爆者に対する特別措置に関する法律に基づく介護手当 |