様式第五号（第十五条関係）

※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	①氏名・性別	（ふりがな）		男・女
	②生年月日	年　月　日		満　歳
	③住所	伊達市　町　番地	④個人番号	
他制度の適用状況	⑤障害基礎年金・老齢年金、遺族年金等の受給状況	1　受給している 2　支給停止されている 3　申請中 4　受給していない	年金等の種類 （　） 証書記号番号 （　） 年金等の種類 （　） 証書記号番号 （　）	
	⑥身体障害者手帳の所有状況	番　号（　） 1　あり　等　級（　級）　2　なし 障害名（　）		
⑦施設への入所状況		1　収容されている（　）　2　されていない		
⑧病院等への入院状況		1　入院している（　年　月　日から）　2　していない		
⑨その他				
⑩支払希望金融機関		銀行 信用金庫 （　）	本店 支店 出張所	普通 当座 （　）	口座番号
		ゆうちょ銀行	記号	番号
		口座名義人カナ		
		□公金受取口座を利用します		

関係書類を添えて、特別障害者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　殿

※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　⑤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、該当するものを〇で囲んでください。
　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ください。「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ください。

２　⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを〇で囲んでください。
　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　⑦の欄は、障害者支援施設、特別養護老人ホーム等の施設に収容されているかどうかについて、該当するものを〇で囲んでください。
　なお、収容されているときは、（　）内に施設の種類を記入してください。

４　⑧の欄は、病院又は診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを〇で囲んでください。
　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ください。

５　⑩の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。手当の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座（※）を利用する場合は、「□公金受取口座を利用します」のチェックボックスにチェックしてください。
　なお、公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
（※）公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律（令和３年法律第38号）第３条第１項、第４条第１項及び第５条第２項の規定による登録に係る口座である公金受取口座をいいます。

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、地方議会議員共済会又は旧市町村職員共済組合の年金
リ　日本私立学校振興・共済事業団の年金
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　労働者災害補償制度の年金
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援護に関する法律に基づく介護手当