

※受付 年 月 日

障害児福祉手当認定請求書

認定請求者 (障がい児)	① (ふりがな) 氏名	.....		
	② 生 年 月 日	年 月 日 (満 歳)	TEL	( )
	③ 住 所	札幌市 区		
	④ 個 人 番 号			
他制度の適用状況	⑤ 特別児童扶養手当・障害基礎年金等の受給状況	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 ( )	
	⑥ 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の所有状況	1 あり { 番号 ( ) 等級 ( 級) 障害名 ( )		2 なし
⑦ 施設への入所状況	1 入所している ( ) 2 していない			
⑧ 口座振替払の振込先 (金融機関名及び口座番号)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します → 口座情報の記入・通帳等の写しは不要です。			
	_____ 銀行 _____ 支店 普通・当座 ( )			
⑨ 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します。 令和 年 月 日 認定請求者 (障がい児) 氏名 _____ (宛先) 札幌市 区保健福祉部長 様				
※認定却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※備考	<input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 所得証明書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	

同意書

令和 年 月 日

(宛先) 札幌市 区保健福祉部長 様

認定請求者 (障がい児) 氏名 \_\_\_\_\_

同意者 氏名 \_\_\_\_\_

(受給資格者との関係 \_\_\_\_\_)

障害児福祉手当の認定請求時及び受給資格を有する期間において、認定請求者及び認定請求者と同一の世帯に属する者の所得、受給資格、障がいの状況、公金受取口座の情報(「公金受取口座を利用します」にチェックを入れた場合のみ)、その他の審査において必要とされる場合は、札幌市及び各区が公簿等を確認すること及び関係機関等への照会を行うことにより資料等の提供を受けることについて同意します。

また、この照会にあたり、関係機関等が資料等を提供することについて、私等が同意している旨を関係機関等に伝えてかまいません。

- ◎ 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。

(裏面)

注 意

- 1 ⑤の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等他の制度による障害を支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを○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、( )内に具体的に記入してください。
- 2 ⑥の欄は、身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳の所持の有無について、該当するものを○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ください。
- 3 ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に入所されているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。  
なお、入所されているときは、( )内に施設の種類を記入してください。
- 4 ⑧の欄は、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。公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入・通帳等の写しの添付は不要です。公金受取口座を利用しない場合は、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・通帳等の写しを添付してください。  
(※) 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、マイナポータルで指定された口座を指します。

<認定請求書 記入例>  
太枠の中を記入してください。

		※受付		年	月	日				
<b>障害児福祉手当認定請求書</b>										
認定請求者 (障がい児)	① (ふりがな) 氏名	さっぼろ じろう 札幌 次郎								
	② 生 年 月 日	令和	〇	年	〇〇	月	〇〇	日	TEL	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇
	③ 住 所	札幌市 中央 区 北〇条西〇丁目〇番〇号								
	④ 個 人 番 号									
他制度の適用状況	⑤ 特別児童扶養手当・障害基礎年金等の受給状況	1 受給している	} 年金等の種類 ( ) 証書記号番号 ( )							
	2 支給停止されている									
3 申請中										
④ 受給していない										
⑥ 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の所有状況	① あり	番号 (札幌中央福第〇〇〇号)	等級 (A 級)	2	なし					
⑦ 施設への入所状況	1 入所している ( )		② していない							
⑧ 口座振替払の振込先 (金融機関名及び口座番号)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します → 口座情報の記入・通帳等の写しは不要です。 ゆうちよ 銀行 九〇八 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座 ( 〇〇〇〇〇〇〇〇 )									
⑨ 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 令和 ● 年 ● 月 ● 日 認定請求者 (障がい児) 氏名 札幌 次郎 (宛先) 札幌市 中央 区保健福祉部長 様									
※認定却下	年 月 日	※備考	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>							

認定請求者 (障がい児) 名義の口座を記載願います。

認定請求者 (障がい児) の氏名を記載願います。

<b>同意書</b>		令和 ● 年 ● 月 ● 日
(宛先) 札幌市 中央 区保健福祉部長 様	認定請求者 (障がい児) 氏名	札幌 次郎
	同意者 氏名	札幌 太郎
	(受給資格者との関係)	父
<p>障害児福祉手当の認定請求時及び受給資格を有する期間において、認定請求者及び認定請求者と同一の世帯に属する者の所得、受給資格、障がいの状況、公金受取口座の情報 (「公金受取口座を利用します」にチェックを入れた場合のみ)、その他の審査において必要とされる場合は、札幌市及び各区が公簿等を確認すること及び関係機関等への照会を行うことにより資料等の提供を受けることについて同意します。</p> <p>また、この照会にあたり、関係機関等が資料等を提供することについて、私等が同意している旨を関係機関等に伝えてまいります。</p>		