

様式第4（第6条関係）

※ 受 付		年 月 日																													
特別障害者手当 障害児福祉手当 認定請求書 福 祉 手 当																															
北名古屋市福祉事務所長 殿																												年 月 日			
氏 名 (電 話)																															
特別障害者手当 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。 福 祉 手 当																															
区分		※ 認 定 番 号										処理																			
F P												1																			
住 所	1 ※		2 3																										個 人 番 号		
																														郵 便 番 号	
氏 名	※																												生 年 月 日		
																													1 男 2 女		
金融機関	2																												※ 銀 行 コ ー ド		
																													預金種別		
																														口 座 番 号	
																														1 普 通 座 2 当	
身 体 障害者 手 帳	※ 発行機関名																												等 級		
																													障 害 部 位 (主な部位1か所のみ)		
																														1 視 2 聴 3 音 4 肢 5 内	
療育 手帳	※ 発行機関名																												判 区 定 分		
																													A B C		
※認定年月日		年 月 日		※		支 給 開始月		年 月		※		認 定 下																			
障 害 年 金 等	障害年金、老齢年金、遺族年金、特別児童扶養手当、 障害基礎年金、その他年金の受給状況																														
	1. 受給している 年金等の種類 2. 支給停止されている () () 3. 申請中 証書記号番号 4. 受給していない () ()																														
※ 摘要																															

註 1. 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。
2. ※欄は記入しないで下さい。
3. 字は楷書ではっきりと書いてください。