様式第五号を次のように改正する。

様式第五号（第十五条関係）

（表　面）

※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（ふりがな） 氏　名・性　別		㊞	男・女
	②生年月日	明治 大正 昭和 平成	年　月　日	満　歳
	③住所		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	年金等の種類 （　） 証書記号番号 （　）	
		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　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				

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します。

平成　年　月　日

氏　名

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（かい）ではつきり書いて下さい。

◎※の欄は記入しないでください。

（日本工業規格　A列4番）