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	①（ふりがな） 氏名・性別			男・女
	②生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和　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 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	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				
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します。

令和　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）ではっきり書いてください。

◎※の欄は記入しないでください。　（A列4番）