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　　年　　月　　日　　満　　歳 平成 令和	
	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			
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）ではつ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）