

国立市心身障害者(児)福祉手当受給資格等認定申請書

氏名	ふりがな				生年月日	年 月 日生				
現住所					就業	有 無				
障害状況	身体障害者手帳	番号	道府 都 第 号	等級	種 級	障 害 名	1. 脳性麻痺			
	愛の手帳	番号	都 市 第 号	程度			度	2. 進行性筋萎縮症 3. その他		
その他	他の区市町村で同種の手当受給の有無				施設入所の有無					
	1. 受けていた 区 町 2. 受けていない 市 村				1. 入所している(施設名) 2. 入所していない					
所得計算	前年所得	雑損所得	医療費控除	小規模・共済掛金控除	社会保険料控除	老・寡・勤控除	配偶者特別控除	障害者数	扶養親族等の数	控除後の所得
	円							障 人 特障 人	人	

- 1 心身障害者(児)福祉手当の受給資格の認定を申請いたします。
- 2 この申請または届出の記載内容について、公簿により調査することに同意いたします
- 3 受給資格継続中においても、公簿により所得調査をすることに同意します。

国立市長 殿

年 月 日

住 所 国立市
受給者名
電 話 ()
保護者名