

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	① フリガナ氏名					あなたと、あなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について			
	② 生年月日	明治・大正 年 月 日生 (満 歳) 昭和・平成				⑫ 令和 年分 所得	⑬ 受給資格者	⑭ 配偶者	⑮ 扶養義務者
	③ 個人番号					⑯ フリガナ氏名			
	④ 住所 (連絡先)	呉市 電話番号 ()				⑰ 個人番号			
	⑤ 支払希望金融機関	金融機関名	支店名	口座番号		⑱ 同居・別居の別 (別居の場合は住所)	同居・別居 ()		同居・別居 ()
他制度の適用状況	⑥ 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				⑲ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数) (受給者については㉞70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉟特定扶養親族の数、㊱16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人 (㉞) 人 (㉟) 人 (㊱)	人 () 人 ()	人 () 人 ()
	⑦ 療育手帳	1 あり (程度) 2 なし				⑳ 所得額	円	円	円
	⑧ 身体障害者手帳	1 あり (等級 級) 2 なし				㉑ 障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人 円	人 円	人 円
	⑨ 施設への入所の状況	1 入所している (施設名 年 月 日から) 2 入所していない				㉒ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人 円	人 円	人 円
	⑩ 病院等への入院の状況	1 入院している (病院名 年 月 日から) 2 入院していない				㉓ 障害者・特別障害者・寡婦(寡夫)・寡婦の特例・勤労学生の特例	円	円	円
	備考	受付印				㉔	円	円	円
						㉕ 社会保険料等相当額	円	80,000 円	80,000 円
						㉖ 控除後の所得額	円	円	円
						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。 また、請求に係る審査または受給資格継続審査に必要となる住民基本台帳・所得状況・施設入所等の確認について、私の世帯を含む関係世帯全員の公簿による閲覧や市による関係機関への調査・照会に同意します。 令和 年 月 日 請求者 氏名 _____ ※以下は届出人が本人の場合は記載不要です。 届出人 住所 _____ 氏名 _____ 請求者との続柄 () 電話番号 _____ 呉市福祉事務所長 様			

注 意

- 1 手当の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座を利用する場合は、「公金受取口座を利用します」のチェックボックスにチェックしてください。
なお、公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
- 2 ⑥の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。
なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に別表「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類・名称、記号、番号を記入してください。公的年金等を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。
- 3 ⑦⑧の欄は、療育手帳及び身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。
なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。
- 4 ⑩の欄は、身体障害者療養施設、身体障害者更生施設、知的障害者更生施設、特別養護老人ホーム等の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを○で囲み、入所しているときは、()内に施設の種類・名称及び入所した年月日を記入してください。
- 5 ⑫の欄は、病院又は診療所等に入院しているかどうかについて、該当するものを○で囲み、入院しているときは、()内に病院等の名称及び入院した年月日を記入してください。
- 6 ⑮の欄は、受給資格者の直系血族又は兄弟姉妹のうち、受給資格者の生計を維持している人について記入してください。
- 7 ⑲の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。
なお、同法に定める70歳以上の同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により()内に再掲してください。
(1) 受給者については、㉑に70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の数を、㉒に特定扶養親族の数を、㉓に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
(2) 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 8 ⑳の欄は、前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は前々年をいいます。)の所得について都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、超短期所有土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
所得がない場合は「なし」と記入してください。
- 9 ㉑の欄は、㉒の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。

- 10 ㉒の欄は、㉒の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。
- 11 ㉓の欄は、㉔、㉕又は㉖の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦(寡夫)、寡婦控除の特例対象者又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 12 ㉔の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び相当控除額を記入してください。
- 13 ㉕の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに、当該控除額を記入してください。

(別表) 公的年金等の名称

イ	福 祉 手 当
ロ	国 民 年 金
ハ	厚生年金保険の年金
ニ	船員保険の年金
ホ	恩 給
へ	国家公務員共済組合の年金
ト	条例による地方公務員の年金
チ	地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会又は旧市町村職員共済組合の年金
リ	日本私立学校振興・共済事業団の年金
ヌ	農林漁業団体職員共済組合の年金
ル	国会議員互助年金
ヲ	日本製鉄八幡共済組合の年金
ワ	執行官の恩給
カ	旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員共済組合連合会が支給する年金
ヨ	戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
タ	未帰還者の留守家族手当
レ	労働者災害補償保険の年金
ソ	国家公務員災害補償制度の年金
ツ	公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ネ	地方公務員災害補償制度の年金
ナ	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく介護手当