

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	(フリガナ)										
	氏 名										
	生 年 月 日	年	月	日	満 歳						
	住 所	都城市									
個 人 番 号											
他 制 度 の 適 用 状 況	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	}	年金等の種類 ()							
		2 支給停止されている		証書記号番号 ()							
3 申請中	年金等の種類 ()										
		4 受給していない		証書記号番号 ()							
身 体 障 害 者 手 帳 の 所 有 状 況	身体障害者手帳の所有状況	1 有	}	番号 () 等級 () 障害名							
		2 なし									
施 設 へ の 入 所 状 況	1 入所している () 2 入所していない										
そ の 他											
支 払 希 望 金 融 機 関	銀行	本店	普通	口座番号							
	信用金庫	支店	当座								
	()	出張所	()								
	ゆうちょ銀行	記号		番号							
	口座名義人 (カナ)										
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏名</p> <p>都城市福祉事務所長 宛て</p>											
※ 認 定 却 下	年 月 日	(支給開始 年 月)	※ 備 考								

◎字は楷書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。