

## 心身障害者福祉手当認定申請書

(宛先) 東京都板橋区長

年 月 日

住 所

(申請者)氏 名

電話番号

受給資格者との続柄

東京都板橋区心身障害者福祉手当条例に基づき、受給資格の認定を受けたいので関係書類を添えて申請します。

受給資格者	フリガナ		性別	男 女	生年月日	大正・昭和・平成・令和		
	氏名					年	月	日
	個人番号							(満 歳)
	住 所	板橋区 日中連絡可能な電話番号( - - )						
	扶養義務者	※児童のみ記入してください。 フリガナ 氏名			同居 別居(住所 )			
	個人番号							
	板橋区児童育成手当のうち障害手当受給の有無						有・無	
施設に入所	している	施設名						
	していない	電話番号						

受給資格要件	障がい名又は病名						
	所持手帳	手帳種別	手帳番号	程 度	交付年月日		資格
		身体障害者手帳	都・道 府・県 号	級	申請日	年 月 日	A・B
		愛の手帳	号	度	判定日	年 月 日	A・B
	戦傷病者手帳	都・道 府・県 号	項症	昭和	年 月 日	A・B	
	指定難病	医療受給者証 都医療券	公費負担者番号		受給者番号		A
交付年月日		年 月 日	有効期間	年 月 日から	年 月 日まで		

私(20歳未満の場合は扶養義務者)は、東京都板橋区心身障害者福祉手当条例第2条第2項第3号に基づく所得判定を行うために、地方税関係情報について取得することに同意します。

年 月 日  
受給者氏名  
扶養義務者氏名

## 口座振替依頼書

板橋区から私に支給される心身障害者福祉手当は、下記の口座に振り込んでください。

振込先金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	店番号( ) 支店	種別	普通 当座
口座番号	フリガナ				
	口座名義人				

振込口座は、受給者本人名義の口座をご記入ください。

第1号様式（裏）

入力者	現況届	決定区分	支給開始月
	有 ・ 無	認定 ・ 却下 年 月 日	年 月から
添付書類	1 医療受給者証の写し 2 医療券の写し 3 診断書 4 所得にる証明書( 年度) 5 その他( )		
転入者	転入日	前住所地での 手当受給有無	確認方法
	年 月 日	有 ・ 無	電 話・( )
	前 住 所 地 (都内転入者)	東京都	
再認定者	育成 喪失	施設 退所	所得超過 ____年度
その他 年 月 日付			
備考欄			
※マイナンバー確認欄 情報照会者( ) ・ 入力者( ) ・ 確認者 ( )			
	個人番号	身元確認	代理権確認
本人	個人番号カード 通知カード ・ 住民票 なし(照会: 不要 ・ 済 )	個人番号カード 手帳 ・ 医療受給者証等 運転免許証 ・ 健康保険証 その他( )	
代理人・代行者		個人番号カード 運転免許証 その他( )	手帳 ・ 受給者証 端末確認 ・ 委任状 その他( )
※番号確認書類及び照会情報は添付しないでください。			