

小平市心身障害児福祉手当受給資格認定申請書

年 月 日

小平市長殿  
 小平市中心身障害児福祉手当の受給資格の認定を申請します。  
 所得状況等を公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）により確認することに同意します。

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 配偶者氏名 \_\_\_\_\_

保護者 (申請者)	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名				性別	男・女
					個人番号	
	住所	小平市				
	連絡先	電話	( )	/	携帯	( )
	勤務先名	電話 ( )				
	1月1日時点の住所 (1月分から5月分は前年、 6月分から12月分は本年)	小平市・小平市外	※市外の場合のみ記入 ( ) 都・道・府・県 ( ) 市・区・町・村		転入	年 月 日
	配偶者の有無	有・無	フリガナ	個人番号		
		配偶者氏名				
配偶者の1月1日時点の住所 (1月分から5月分は前年、6月分から12月分は本年)	小平市・小平市外	※市外の場合のみ記入 ( ) 都・道・府・県 ( ) 市・区・町・村		転入	年 月 日	

対象児童	氏名	生年月日・個人番号		性別	続柄	保護者との状況
	1	年 月 日	個人番号	男・女		同居・別居
	障害等の状況	身障手帳 級・愛の手帳 度・脳性麻痺・進行性筋萎縮症・指定難病等				
	2	年 月 日	個人番号	男・女		同居・別居
	障害等の状況	身障手帳 級・愛の手帳 度・脳性麻痺・進行性筋萎縮症・指定難病等				

振込金融機関	銀行・信用金庫・農協			口座番号					
	本店・支店・出張所			フリガナ					
	店番			普通・貯蓄	口座名義				

※市記入欄  番号確認  本人確認  代理権確認  確認不能

所得額等の計算	合計所得 ④	円	雑損・医療・小共・配特	円
	扶養親族数計	人	普障 ( ) 人・特障 ( ) 人	円
	老人 人	円	寡婦・ひとり親・勤労	円
	特定 人	円	一律控除	80,000 円
	限度額加算額計	円	控除計 ⑤	円
			控除後所得額 ④-⑤	円

審査	障害等の状況	限度額	支給決定額
	1 級・度・脳性麻痺・筋萎縮症・指定難病	円	円
	2 級・度・脳性麻痺・筋萎縮症・指定難病	円	円
	支給開始月	年 月	合計支給額

受付