

※町村受付 令和 年 月 日

障害児福祉手当
特別障害者手当 継続認定請求書
(福祉手当)

受給資格者	氏名・性別	Ⓜ	男・女
	生年月日	年 月 日生	満 歳
	住 所		
年金・手当 等受給状況	1. 受給していない 2. 受給している 年金・手当等の種類 () () ()		
身体障害者手 帳・療育手帳 等の所有状況	1. あり 手帳名 (身体障害者手帳・療育手帳・精神障害者保健福祉手帳) 番 号 () 障害名 ・等級 2. なし		
入院・施設 入所の状況	1. 在宅 2. 入院している (令和 年 月 日から) 病 院 名 () 3. 施設 (身体障害者療護施設等) に入所している 施 設 名 () 入所月日 (令和 年 月 日)		

障害児福祉手当
関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の継続認定を請求します。
(福祉手当)

令和 年 月 日
富士・東部保健福祉事務所長 殿

氏名 Ⓜ

◎ ※欄は記入しないでください。記名押印に代えて署名することができます。
(日本工業規格A列4番)