

様式第1号(第6条関係)

心身障害者福祉手当認定申請書

年 月 日

東京都三宅島三宅村長 様

申請者 氏 名 ㊟

電 話()

心身障害者福祉手当の受給資格の認定を申請いたします。

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------|-------------------------|----------|--------------------------------|----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|----------------------------|---|--------------------|
| ふりがな 氏 名 | _____ 男 女 | | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | | | | | | |
| 現住所 | | | | 就 業 | 有 無 | | | | | | | |
| 障害 状況 | 身体障害 者手帳 | 番号 | 都 道 府 県 市 号 | 等級 | 種 級 | 障害名 | 1 脳性マヒ 2 進行性筋 萎縮症 3 その他 | | | | | |
| | 愛の手帳 | 番号 | | 程度 | 度 | | | | | | | |
| そ の 他 | 老人福祉手当 | | 他の区市町村で同種の手 当受給の有無 | | 施 設 入 所 の 有 無 | | | | | | | |
| | 1 受けている 2 受けていな い | | 1 受けていた 区 市 町 村 2 受けていない | | 1 入所している施設名 2 入所していない | | | | | | | |
| 所 得 計 算 | 前年 所得 | 雑損 控除 | 医療 費控除 | 小規 模企 業共 済等 掛除 | 配 偶 者 特 別 控 除 | 社 会 保 険 料 控 除 | 老 年 控 除 | 寡 婦・ 寡 夫 控 除 | 勤 労 学 生 控 除 | 障害者数 | 扶養親族 等 の 数 | 控除 後 の 所得 |
| | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 (特 別 寡 婦) 円 | 円 | 障 害 特 障 人 人 | 人 う ち 老 人 扶 養 親 族 等 (人) | 円 |

欄は記入の必要ありません。

1 添付書類

- (1) 住民票記載事項証明書
- (2) 精神薄弱の者は「愛の手帳」、身体障害者は「身体障害者手帳」
- (3) 前年所得(1月から7月までの申請者は前前年の所得)の状況を証する書類
- (4) 上記(2)の手帳を所持していない者は「障害診断書」

2 記入上の注意

- (1) 申請書は全て障害者本人について記入してください。
- (2) 「他の区市町村で同種の手当受給の有無」とは本区(市町村)に転入する前の区市町村(都内に限る。)で、心身障害者福祉手当を受けていたかどうかのことです。
- (3) 該当する欄は番号を で囲んでください。