



※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	①	(フリガナ) 氏名・性別					□男 □女	
	②	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年	月	日	満 歳	
	③	住所						
	④	個人番号						
他制度の適用状況	⑤	障害基礎年金・老齢年金・遺族年金等の受給状況	<input type="checkbox"/> 1. 受給している <input type="checkbox"/> 2. 支給停止されている <input type="checkbox"/> 3. 申請中 <input type="checkbox"/> 4. 受給していない					<b>【手当、年金等の種類】</b> <input type="radio"/> 基礎・厚生年金 <input type="checkbox"/> 老齢 <input type="checkbox"/> 障害 <input type="checkbox"/> 遺族 証書記号番号 ( ) <input type="radio"/> ( ) 年金 証書記号番号 ( )
	⑥	身体障害者手帳の所有状況	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	番号	<input type="checkbox"/> 大分市 <input type="checkbox"/> ( )	第 号	等級 級	
⑦	施設への入所状況 ※老健は⑧へ	<input type="checkbox"/> 1. 入所している <input type="checkbox"/> 2. 入所していない	施設種類	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・グループホーム <input type="checkbox"/> ( ) 施設名 ( )				
⑧	医療機関等への入院状況	<input type="checkbox"/> 1. 入院(所)している <input type="checkbox"/> 2. 入院(所)していない	機関名	( )				
⑧			開始日	( 年 月 日 から )				
⑨	その他							
⑩	支払希望金融機関	金融機関名			支店名			
		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> ( )			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			
		普通口座	口座番号		口座名義人(カナ)			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座(マイナポータルへの登録口座)を利用します								

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。

年 月 日  
氏名

大 分 市 長 殿

※認定 年 月 日 却下 (支給開始 年 月)	※備考
	<input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 非該当 令第1条第2項第 号該当 (令別表第 の 号及び ) 障害程度 嘱託医審査 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 診断書省略 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	再認定 <input type="checkbox"/> 要 ( 年 月 ) <input type="checkbox"/> 不要
	所得制限 <input type="checkbox"/> 限度内(非該当) <input type="checkbox"/> 超過(該当)
	通知書 <input type="checkbox"/> 認定 <input type="checkbox"/> 停止 <input type="checkbox"/> 却下

- ◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。
- ◎ 字は楷書ではっきり書いてください。
- ◎ ※欄は記入しないでください。

注意

- 1 ⑤の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものの□に☑をしてください。  
なお、1から3までのいずれかに該当するときは、( )内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等)具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。
  - 2 ⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものの□に☑をしてください。  
なお、手帳を持っているときは、( )内にその内容を記入してください。
  - 3 ⑦の欄は、障害者支援施設、特別養護老人ホーム等(介護老人保健施設を除く)の施設に入所されているかどうかについて、該当するものの□に☑をしてください。  
なお、入所されているときは、( )内に施設の種類、施設名を記入してください。
  - 4 ⑧の欄は、病院又は診療所等(介護老人保健施設を含む)に入院(所)しているかどうかについて、該当するものの□に☑をしてください。  
なお、入院(所)しているときは、( )内に入院(所)した開始日を記入してください。
  - 5 ⑩の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。手当の受取口座として、公金受取口座(※)を利用する場合は、「□公金受取口座を利用します」の□に☑をしてください。なお、公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記載や通帳の写しの添付等は不要です。
- (※) 公的給付の支給等の迅速かつ確実な実施のための預貯金口座の登録等に関する法律(令和3年法律第38号)第3条第1項、第4条第1項及び第5条第2項の規定による登録に係る口座である公金受取口座をいいます。

公的年金等

- |   |  |
|---|--|
| イ | 福祉手当   |
| ロ | 国民年金   |
| ハ | 厚生年金保険の年金  |
| ニ | 船員保険の年金  |
| ホ | 恩給   |
| ヘ | 国家公務員共済組合の年金                                       |
| ト | 条例による地方公務員の年金                                      |
| チ | 地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会、又は旧市町村職員共済組合の年金 |
| リ | 日本私立学校振興・共済事業団の年金                                  |
| ヌ | 農林漁業団体職員共済組合の年金                                    |
| ル | 国会議員互助年金   |
| ヲ | 日本製鉄八幡共済組合の年金                                      |
| ワ | 執行官の恩給   |
| カ | 旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員共済組合連合会が支給する年金          |
| ヨ | 戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金                                 |
| タ | 未帰還者の留守家族手当  |
| レ | 労働者災害補償制度の年金                                       |
| ソ | 国家公務員災害補償制度の年金                                     |
| ツ | 公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金                  |
| ネ | 地方公務員災害補償制度の年金                                     |
| ナ | 原子爆弾被弾者に対する援護に関する法律に基づく介護手当                        |