様式第１号（第５条関係）

春　日　市　心　身　障　害　者　福　祉　手　当　認　定　申　請　書

手当を受けようとする者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年　月　日	
	氏名						
	住所				電話番号		

身体障害者手帳の状況	都道府県市　第　号 （　年　月　日交付・再交付）	等級	級	障害名		
療育手帳の状況	県　第　号 （　年　月　日交付・再交付）	判定	最重度　重度 中度　軽度	次回判定	年　月	
精神障害者保健福祉手帳の状況	県　第　号 （　年　月　日交付・再交付）	等級	級	有効期限	年　月　日	
特別障害者手当等の受給状況	１　障害児福祉手当 ２　特別障害者手当 ３　経過的福祉手当			１　受給中 ２　支給停止中 ３　申請中		
施設への入所状況	１　入所中　２　通所中　３　入所、通所ともしていない 入所中の場合　施設名（　）					
非課税の公的年金（障害年金、遺族年金等）の受給状況	□受給している　（　年金　年額　円） （　年金　年額　円） □受給していない					
支払金融機関（本人名義の口座のみ）	銀行・農協		本・支店・出張所	普通・当座	口座番号	

世帯の状況		世帯の所得状況		
氏名	続柄	扶養人数	制限所得金額	控除後の所得金額

春日市心身障害者福祉手当規則第５条の規定により、上記のとおり春日市心身障害者福祉手当の受給資格及び手当の額の認定を申請します。

なお、春日市心身障害者福祉手当の受給資格等の審査に当たり、住民基本台帳及び市民税課税台帳の閲覧並びに関係機関への照会等を行うことに同意します。

年　月　日

申請者

（宛先）春日市長

認定	年　月　日	備考	
却下	支給開始　年　月		