

※太枠内のみ記入してください。

記入例

5条、第12条関係)

心身障害者福祉手当認定申請書

マイナンバー

※令和6年1月2日以降に小金井市に転入した方は必須

受給資格者	ふりがな	こがねい はなこ	生年	昭和○年○月○日												
	氏名	小金井 花子		個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	住所	小金井市 本町 6丁目 6番 3号														
	連絡先	電話 (042) 387 - 9842														
	施設入所及び通学(園)の状況	無し(自宅)												園入所中		

受給者が20歳未満の場合は保護者欄の記入も必要となります。

《必ず記入してください。》

(例)

- ・自宅で生活されている方→自宅
- ・老人ホーム等に入所されている方→○○施設(○○園・○○ホーム等)
- ・学校に通われている方→○○学校
- ・グループホーム等に入所されている方→GH(○○施設)
- ・施設に通所され自宅で生活されている方→自宅

太郎

町 6丁目 6番 3号

789012

連絡先

(042) 387-9842

関名

銀行  
信金

支店

番号

当座・普通

心身障害者福祉手当の受給資格の認定(現況)を申請(届出)します。

受給資格期間中、受給資格の有無又は所得に関して公簿で確認することに同意します。

令和5年6月30日

(宛先) 小金井市長

郵送提出の場合は、投函日  
来庁提出の場合は来庁日となります。

氏名 小金井 花子

受給者の氏名を記入してください。

※市記入欄(審査欄)

※障害の状況	愛の手帳・第○号 度	特記事項			
	身障手帳・第○号 級				
	脳性マヒ・進行性筋萎縮症	確認者印	年 月 日	㊟	
※所得計算	前年所得	模企業共済掛金控除			
					円
	扶養親族等(うち老人家族等)				得
※認定		号			
※却下理由					
※備考					

記入不要