

大分市障害者福祉手当支給申請書

年 月 日

大分市長

殿

住所

氏名

(印)

(記名押印又は署名)

電話番号

身体障害者福祉手当
知的障害者福祉手当
精神障害者福祉手当
次のとおり を申請します

障 害 者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名						
	住所	大分市					
	身体障害者の場合	身体障害者手帳	大分県第 号 級	手帳交付	年 月 日		
	知的障害者の場合	療育手帳	大分県第 号 ()	手帳交付	年 月 日		
	精神障害者の場合	精神障害者保健福祉手帳	大分県第 号 級	手帳交付	年 月 日		
	フリガナ	金融機関	銀行 本店		口座番号	普 当	
	口座名義		金庫 支店				
備考							

- (注) 1 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を持参してください。
2 知的障害者更生相談所又は児童相談所の判定書を添付してください。

種類	級 別	手当の支給決定額 (月額)		支給開始月	国 手 当 入 力 日
身 体	1 ・ 2	18	1,600	18	有
	3 ・ 4	才	1,300	才	
	5 ・ 6	未	1,000	以	
知 的	A1～B2	未	1,600	以	無
精 神	1 ～ 3	満	1,600	上	