

大分市障害者福祉手当支給申請書

〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

大分市長

殿

住所 大分市荷揚町2番31号

申請者は本人
※18歳未満児の場合は保護者

氏名 大分 花子

(記名押印又は署名)

大分
(印)

電話番号

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

障 害 者	フリガナ	オオイタ ハナコ		生年月日	H〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	大分 花子				
	住所	大分市 荷揚町2番31号				
	身体障害者の場合	身体障害者手帳	大分 県市 第〇〇〇号 1 級	手帳交付	H〇〇年〇〇月〇〇日	
	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	オオイタ ハナコ		金融機関	本店	口座番号
	口座名義	大分 花子			大分 銀行 金庫 〇〇 支店	普 当 〇〇〇〇〇〇〇〇

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	年	月	有	・			
	3・4	才	1,300	才							無
	5・6	未	1,000	以							
知 的	A1~B2	未	1,600	以	年	月	無	・			
精 神	1~3	満	1,600	上							