

(裏面)

注意

1 ⑤の欄は、複数の機関から年金を受給している場合は、それぞれを○で囲んでください。1から9までのいずれにも該当しない機関から、下部の「公的年金等の種類」に記載されている年金等を受給している場合は、10の()内にその名称を記入してください。また、公的年金等を受給していない場合は11を○で囲んでください。

なお、どの機関から年金を受給しているか不明で、年金額が分かる書類もない場合は、その旨を窓口にお伝えください。

2 ⑥の欄は、身体障害者手帳、療育手帳及び精神障害者保健福祉手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。

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の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、入所しているときは、()内に施設の種類を記入してください。

4 ⑧の欄は、病院又は診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、入院しているときは、()内に入院した年月日を記入してください。

5 ⑨の欄は、手当の受取口座として、国に事前に登録した公金受取口座(※)を利用する場合は、「 公金受取口座を利用します」のチェックボックスにチェックしてください。公金受取口座を利用する場合は、口座情報の記入・通帳等の写しの添付は不要です。公金受取口座を利用しない場合は、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・通帳等の写しを添付してください。

(※) 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、マイナポータルで指定された口座を指します。

公的年金等の種類

ア 福祉手当	シ 日本製鉄八幡共済組合の年金
イ 国民年金	ス 執行官の恩給
ウ 厚生年金保険の年金	セ 旧令による共済組合等からの年金受給者のための国家公務員共済組合連合会が支給する年金
エ 船員保険の年金	ソ 戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
オ 恩給	タ 未帰還者の留守家族手当
カ 国家公務員共済組合の年金	チ 労働者災害補償制度の年金
キ 条例による地方公務員の年金	ツ 国家公務員災害補償制度の年金
ク 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	テ 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
ケ 日本私立学校振興・共済事業団の年金	ト 地方公務員災害補償制度の年金
コ 農林漁業団体職員共済組合の年金	ナ 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく介護手当
サ 国会議員互助年金	

<認定請求書 記入例>

太枠の中を記入してください。

※受付 令和 年 月 日

特別障害者手当認定請求書

認定請求者 (障がい者)	① 氏名 (ふりがな)	さっぽろ たろう	
	② 生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日 (満 〇〇 歳)	Tel (〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇
	③ 住所	札幌市 中央 区 北〇条西〇丁目〇番〇号	
	④ 個人番号		
他制度の適用状況	⑤ 現在受給されている年金等を支給している機関を、○で囲んでください。 (裏面参考)	<input checked="" type="checkbox"/> ① 日本年金機構 2 国家公務員共済組合連合会 3 地方職員共済組合 4 地方職員共済組合団体共済部 5 公立学校共済組合 6 警察共済組合 7 東京都職員共済組合 8 全国市町村職員共済組合連合会 9 日本私立学校振興・共済事業団 10 その他 () 11 受給していない ※御不明な場合は、年金額がわかる書類の提出でも手続き可能です。	
	⑥ 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳の所有状況	<input checked="" type="checkbox"/> ① あり { 番号 (札幌市中央第〇〇〇号) 等級 (1 級) 障害名 (脳性麻痺) } 2 なし	
⑦ 施設への入所状況	1 入所している () <input checked="" type="checkbox"/> ② していない		
⑧ 病院等への入院状況	1 入院している (年 月 日から) <input checked="" type="checkbox"/> ② していない		
⑨ 口座振替払の振込先 (金融機関名及び口座番号)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します → 口座情報の記入・通帳等の写しは不要です。 ゆうちょ 銀行 九〇八 支店 <input checked="" type="checkbox"/> 普通 当座 (〇〇〇〇〇〇)		
⑩ その他			

認定請求者(障がい者)名義の口座を記載願います。

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
令和 年 月 日

認定請求者(障がい者) 氏名 札幌 太郎
(宛先) 札幌市 中央 区保健福祉部長

※認定却下	令和 年 月 日 (支給開始 令和 年 月)	※備考	<input type="checkbox"/> 診察 <input type="checkbox"/> その他	認定請求者(障がい者)の氏名を記載願います。
-------	---------------------------	-----	---	------------------------

同意書

令和 年 月 日

(宛先) 札幌市 中央 区保健福祉部長
認定請求者(障がい者) 氏名 札幌 太郎

特別障害者手当の認定請求時及び受給資格を有する期間において、認定請求者及び認定請求者と同一の世帯に属する者の所得、受給資格、障がいの状況、公金受取口座の情報(「公金受取口座」の場合のみ)、その他の審査において必要とされる場合は、札幌市及び各区が公等への照会を行うことにより資料等の提供を受けることについて同意します。

認定請求者(障がい者)の氏名を記載願います。

また、この照会にあたり、関係機関等が資料等を提供することについて、私等が同意している旨を関係機関等に伝えてまいります。