

														収受印欄				
心身障害者福祉手当認定申請書（現況届）																		
受給資格者	ふりがな氏名							生年月日		年 月 日								
								個人番号										
	住所	小金井市 町 丁目 番 号																
	連絡先	電話（ ） —																
	施設入所及び通学（園）の状況	学校（園）卒業（在学） 園入所中年																
保護者	受給資格者が20歳未満である場合のみ記入	ふりがな氏名							生年月日		年 月 日							
		住所	小金井市 町 丁目 番 号															
		個人番号												連絡先	（ ）			
その他	旧老人福祉手当受給	有・無	口座	金融機関名				銀行 信金 支店										
				口座番号				当座・普通										
	他区市町村で同種手当受給	有・無	座	名義（カナ）														
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。 年 月 日 （宛先）小金井市長 氏 名 _____																		

※ 市 記 入 欄 （ 審 査 欄 ）																	
※障害の状況	愛の手帳・第 号 度 身障手帳・第 号 級 脳性マヒ・進行性筋萎縮症						特記事項										
							確認者印		年 月 日 ㊟								
※所得計算	前年所得		雑損控除		医療費控除		社会保険料控除		勤労学生控除		小規模企業共済等掛金控除						
	円		円		円		円		円		円						
	加算対象扶養親族等の数		障害者数		配偶者特別控除		寡婦（ひとり親）控除		控除後の所得								
	人 （うち老人扶養親族等 人）		障 人 特障 人 円		円		円 （ひとり親） 円		円								
※ 認 定		都・市	支給月額 円				認定番号 第 号										
※却下理由																	
※ 備 考																	