

通 番	
認定番号	

障害児福祉手当現況届 ( 年度)

受 給 者	フリガナ				生年月日	
	氏 名					
	住 所	〒			電話番号	
配 偶 者	氏 名		住 所	〒	□受給者に同じ	
扶 養 義 務 者	氏 名	(受給者との続柄)	住 所	〒	□受給者に同じ	
	氏 名	(受給者との続柄)	住 所	〒	□受給者に同じ	
(受給者のみ) 施 設 へ の 入 所 状 況	□入所中 □入所予定		□(過去1年以内に)入所していた			□入所していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで			
	施設名					
	※通所施設・短期入所・グループホーム等は施設入所にあたりません					
(受給者のみ) 公 的 年 金 の 受 給 状 況	□受給している □申請中					□受給していない
	年金の名称	年金の種類	基礎年金番号			
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。					
※年金の名称	1国民年金 2厚生年金 3共済年金 4船員年金 5恩給 6労災年金 7その他					
※年金の種類	1障害年金 2障害補償年金					

上記のとおり届出します。

年 月 日  
つくばみらい市福祉事務所長 殿

受給者氏名 \_\_\_\_\_  
届出人氏名 \_\_\_\_\_  
連 絡 先 \_\_\_\_\_