

第1号様式（第1条関係）（用紙 日本工業規格A3横長型）

神奈川県在宅重度障害者等手当認定申請書

※ 受給資格者番号

年 月 日

神奈川県知事殿

神奈川県在宅重度障害者等手当の受給資格の認定について、次のとおり申請します。

申請者氏名	☐ 受給資格者 ☐ 介護者（代理申請） （受給資格者との関係） ☐ その他（代理申請） （資格）	申請者住所（代理申請の場合のみ記載してください。） （〒 ）
電話番号		

受給資格者本人について記載してください。

氏名及び電話番号	(フリガナ)					生年月日	昭和 年 月 日								
	電話番号					個人番号									
住 所	(〒 111-1111)														
	都道府県名	市区町村名	町名・番地			方書（アパート名等）									
振込先	金融機関名	本・支店名	金融機関コード (4ケタ)	本・支店コード (3ケタ)	種別	口座番号 (7ケタ)	口座名義人氏名 (カタカナ)		☐ 本人 ☐ 上記氏名と同じ。 ☐ その他 ☐ 上記氏名と異なる。						
					普・当										

受給資格確認欄														
受給資格者は、														
1 身体障害者手帳の交付を受けていますか。 ☐ はい（ 級） ☐ いいえ														
2 精神障害者保健福祉手帳（1級のものに限る。）の交付を受けていますか。 ☐ はい ☐ いいえ														
3 療育手帳（B2のものを除く。）の交付を受けていますか。 ☐ はい（A1・A2・B1） ☐ いいえ														
「いいえ」の場合、知的障害がある旨の判定を受けていますか。 ☐ はい（知能指数 ） ☐ いいえ														
4 本年8月1日現在、障害児福祉手当又は特別障害者手当の受給資格の認定を受けており、かつ、これらの手当の受給に必要な所得状況届等の書類を提出していますか。 ☐ はい ☐ いいえ														
5 本年8月1日現在、神奈川県内に引き続き6か月以上住んでいますか。 ☐ はい ☐ いいえ														
6 昨年8月1日から本年7月31日までの間、3か月を超えて継続して入所又は入院をしたことがありますか。 ☐ はい ☐ いいえ														
「はい」の場合 施設（病院）の名称 入所（入院）の期間 年 月 日から 年 月 日まで														

個人情報同意欄														
私は、障害児福祉手当又は特別障害者手当の受給資格の認定及び支給の状況、身体障害者手帳その他の障害の程度を証する書類の交付の状況、所得の状況並びにこの申請書の記載内容について、神奈川県在宅重度障害者等手当の受給資格を確認するために必要な範囲で、神奈川県在宅重度障害者等手当の支給に関する事務を行う県及び市町村の機関が相互に情報を提供し、又は社会福祉施設、病院等の関係機関から県及び市町村の機関が情報の提供を受けることについて同意します。														
年 月 日 (代理人の場合) 神奈川県知事殿 受給資格者氏名 又は代理人氏名 受給資格者（ ）														
特記事項														

- 備考
- ※印の欄は、記載しないでください。
 - 口座名義人氏名の欄は、片仮名により記載してください。
 - のある欄には、該当する□内にレ印を記載してください。
 - この申請書には、次の書類を添付してください。ただし、一定の場合には省略することができる書類がありますので、係員にお尋ねください。
 - 受給資格者の戸籍の謄本又は抄本及び受給資格者の属する世帯全員の住民票の写し
 - 神奈川県在宅重度障害者等手当所得状況届及び前年の所得の状況等を証する書類
 - 身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳その他受給資格者の障害の程度を証する書類の写し
 - 障害児福祉手当又は特別障害者手当の支給を受けている場合は、これらの手当の支給を受けていることを証する書類の写し
 - その他知事が必要と認める書類
 - 個人情報同意欄の「代理人」とは、介護者又は法定代理人をいいます。

○この枠内は、受給資格者本人以外の方が手当を受け取る場合に記載してください(通知等の送付先も指定受取人となります。)

指定受取人	同居・別居	・本人と同居・別居…1:同居、2:別居(1の場合、住所等記入不要)		続き柄	・受給資格者本人との続き柄…1:父、2:母、3:配偶者、4:兄弟姉妹、5:祖父母、6:その他	
	氏名及び電話番号	(フリガナ) 電話番号				
	住 所	(〒)		都道府県名	市区町村名	町名・番地

※【以下は、市町村職員が記入する欄です】

報告事由	所在区分	受取区分	点字区分	
1 0				・受取区分…1:本人、2:指定受取人 ・点字区分…1:有、2:無

【左ページ「受給資格確認欄」の4が「いいえ」の場合に記載してください】 ・IQ…1:20以下、2:20を超え35以下、3:35を超え50以下

障害者手帳	身体	発行団体	身体障害者手帳番号					※左詰めで記載	等級 (1～3級)	交付年月日					再認定年月がある場合				
知的	発行団体	療育手帳番号					※左詰めで記載	等級 A1,A2,B1	IQ	判定年月日					再判定年月の記載がある場合				
精神	発行団体	精神障害者保健福祉手帳番号					※左詰めで記載	等級		交付年月日					有効期限				

・発行団体…1:神奈川県、2:横浜市、3:川崎市、4:相模原市、5:横須賀市、6:その他

【左ページ「受給資格確認欄」の4が「はい」の場合に記載してください】

国手当	所在区分	手当区分	整理番号					※左詰めで記載	認定年月日					8月分支給有無	
															・手当区分…1:特別障害者手当、2:障害児福祉手当 ・整理番号…国手当給付団体で設定している番号 ・8月分支給有無…1:支給有、2:所得超過、3:支給無

認定要件	年齢要件	H21年度受給実績	A		→	・「受給資格者番号」により、平成21年度当時の受給実績を確認できた場合に「○」を記入 ・平成21年度受給実績がない場合は、何も記入しない
		手帳交付時等の年齢要件	B		→	・A欄が「○」の場合は、何も記入しない ・手帳交付時の年齢が65歳未満であれば、「○」を記入 ・上記のいずれでもない場合は、「×」を記入
	障害要件	国手当受給状況	C		→	・「国手当」欄の「8月分支給有無」が「1」の場合、「○」を記入 ・「国手当」欄の「8月分支給有無」が「2」、「3」又は空欄の場合、何も記入しない
		重複障害の状況	D		→	・C欄が「○」の場合は、何も記入しない ・障害者手帳により重複障害の状況を確認し、基準を満たす場合は「○」を記入 ・上記のいずれでもない場合は、「×」を記入
	在住要件		E		→	・8月1日時点で、継続して6ヶ月以上神奈川県内に居住していることが確認できた場合に「○」を記入 ・上記の確認ができない場合は「×」を記入
	在宅要件		F		→	・左ページ「受給資格確認」欄の「6」が「いいえ」だった場合に「○」を記入 ・上記が「はい」だった場合は、内容を精査し、要件を満たすことが確認できた場合に「○」を記入 ・上記のいずれでもない場合は、「×」を記入

支給要件	所得状況確認結果	G		→	・C欄が「○」の場合は、「○」を記入 ・C欄が空欄の場合は、所得状況届により要件を満たすことが確認できた場合に「○」を記入 ・上記のいずれでもない場合は、「×」を記入

※喪失届の提出も必要です。

喪失事由	資格喪失年月日					

・喪失事由…1:死亡、2:施設入所、3:県外転出、4:その他

