

神奈川県在宅重度障害者等手当現況届

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者の現況について、次のとおり届け出ます。

届出者氏名	<input type="checkbox"/> 受給資格者 <input type="checkbox"/> 介護者（代理届出） <input type="checkbox"/> その他（代理届出） （資格）	届出者住所（代理届出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	大正・昭和・平成・令和	
	電話番号			年 月 日	
住所	(〒)		個人情報		
	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)		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他

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。	<input type="checkbox"/> はい	( 級)	<input type="checkbox"/> いいえ	
2	精神障害者保健福祉手帳（1級のものに限り。）の交付を受けていますか。	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 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。	<input type="checkbox"/> はい	(A1・A2・B1)	<input type="checkbox"/> いいえ	
4	「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。	<input type="checkbox"/> はい	(知能指数)	<input type="checkbox"/> いいえ	
5	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。	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
6	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。	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> いいえ	
7	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。	<input type="checkbox"/> はい		<input type="checkbox"/> 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届出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  
 神奈川県知事殿  
 受給資格者氏名  
 又は代理人氏名  
 (代理人の場合)  
 受給資格者 ( )

特記事項

備考 1 ※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。
- この現況届には、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)	続柄	・受給資格者本人との続柄…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)		
	住所	電話番号		

※【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	平成 令和 年度分
2 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】

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

・IQ…1:20以下、2:20を超え35以下、3:35を超え50以下  
 ・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	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
	障害要件	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
		重複障害の状況	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
	在住要件	在住要件	E	→ 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

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
------	----------	---	--

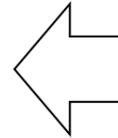
※喪失届の提出も必要です。

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

**【重要】支払案内書は廃止です。**

- ・ 毎年1月にはがきにより送付していた支払案内書は廃止となりました。
- ・ 定時支給(1月下旬)に間に合わなかった方に郵送していた、A4用紙の支払案内書も廃止です。
- ・ 特段の事情がある方に限り発行しますので、郵送を希望する場合は右の口内に○を記入して下さい。



**<注意>**

対象年度の支払案内書を希望する場合は口内に○を記入(不要の場合は未記入で構いません。)

第6号様式(第6条関係)(用紙 日本産業規格A3横長型)

神奈川県在宅重度障害者等手当現況届

記載例

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者の現況について、次のとおり届け出ます。

提出日を記載してください  
令和 年 月 日

受給資格者番号  
0 0 1 2 3 4 5 6

届出者氏名  
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者の現況について、次のとおり届け出ます。

受給資格者  
 受給資格者  
 介護者(代理届出)  
(受給資格者との関係)  
 その他(代理届出)(資格)

届出者住所(代理届出の場合のみ記載してください。)  
(〒 )

本人以外の方が提出する場合に記載してください

〒212-9999  
神奈川県横浜市中区弁天通  
999-999  
神奈川県 花子様  
(00123456)

○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。)

同居・別居  
本人と  
2  
同居・別居...1:同居、2:別居(1の場合、住所等記入不要)

続柄  
4  
受給資格者本人との続柄...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) カナガワ ハナコ  
神奈川県 花子  
電話番号045-210-9999

住所  
(〒212-9999)  
神奈川県 横浜市中区弁天通  
999-999  
方書(アパート名等)

※「都道府県名」は、神奈川県の場合、記載する必要はありません。

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) カナガワ タロウ  
神奈川県 太郎  
電話番号 090-8888-9999

生年月日  
大正 昭和 平成 令和  
30年5月30日

個人番号

住所  
(〒231-9999)  
神奈川県 横浜市中区日本大通  
123-12  
マンション神奈川101

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  
神奈川県庁 日本大通支店 9876543 普通  
口座番号(7ケタ) 口座名義人氏名(カタカナ)  その他  
カナガワ ハナコ

**【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  
2 0 9 9 2 2

身体障害者手帳  
発行団体 1 1 2 3 4 5 6

療育手帳  
発行団体 1 1 2 3 4 5 6 7

精神障害者保健福祉手帳番号  
発行団体 等級 交付年月日 有効期限

認定年月日 8月分支給有無  
9 9 1 9 9 9 9 H 2 0 1 2 0 1

①受給資格者本人の個人番号(マイナンバー)(12ケタ)の記載をお願いします。  
②記載内容が正しいか確認してください。  
変更があった場合は二重線で消し、正しい内容を赤色で記入してください。

③受給者の現況を記載してください。

④署名又は記名をお願いします。

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現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。

令和 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 受給資格者との関係

特記事項

備考 1 ※印の欄は、記載しないでください。

書類の写し  
(5) その他知事が必要と認める書類  
5 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。

認定要件  
障害要件  
国手当受給状況 C  
重複障害の状況 D

**①～④を確認の上、お住まいの市区町村の障害福祉担当窓口へ提出してください。**