（第7条関係）

江戸川区児童育成手当（障害手当）認定申請書

年　　月　　日

江 戸 川 区 長　　殿

障害手当受給資格の認定を請求します。

認定等にあたり必要のあるときは、請求者と配偶者の所得等の税情報について担当する課から当該税情報の提供を受けることに同意します。

請求者	ふりがな		児童との続柄	生年月日	年　月　日生
	氏名	印			
	住所			電話	（　　）
	個人番号				
配偶者等	氏名	印		個人番号	
児童	ふりがな		請求者との続柄	生年月日	年　月　日生
	氏名				
	個人番号				

障害

◇身体障害者手帳　総合等級　　級　（　　年　月　日交付）

再認定月日　　年　月　・　なし

障害名（　　）

◇愛　の　手　帳　　度（　　年　月　日交付）

◇特別児童扶養手当を知的で受給　　有期　　年　月　・　無期

◇特別児童扶養手当１級を身体で受給　　有期　　年　月　・　無期

障害名（　　）

◇進行性筋委縮症

◇脳性まひ

現況	同居別居の別	監護の有無	生計維持
	１　同　居　　２　別　居	１　監護あり　　２　監護なし	１　生計同一　２　生計維持

振込先			
金融機関	金融機関名	銀行・信金・信組・農協　　支店	
	支店番号	口座番号	
	ふりがな		
	口座名義人		児童との続柄（　　）

転入	
	転入による新たな申請の場合（　江戸川区民となった日　　年　　月　　日　）
	前住所

※太枠の中の項目について記入してください。　※記名・押印に代えて署名することができます。

以下は、記入しないでください。

資格		
	所　得	適　・　否　（　　）
	施設入所	無　・　有　（施設名・所在地:　　）
備　考		

申請日	年　月　日	支給開始	年　月	受給者宛名番号		認定番号	
併給	心　・　難	15日特例	有　・　無	児童宛名番号		決定日	