特別障害者手当等受給者現況届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 氏　名 |  | | | 生年月日 | 年　　月　　日 | | |  |
| ② | 住　所 | 氷見市 | | | | 電話 |  | |
| ③ | 障害区分 | | | ア．肢体不自由　イ．視覚障害　ウ．聴覚障害　エ．内部障害（　　　　　　　　　）  オ．知的障害　　カ．精神障害　キ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 手帳の所有状況 | | | １．有**｛**番号（　　　　 　）等級（　　級）障害名（ 　 　　　　　　　　　）**｝**  ２．無 | | | | |
| ④ | 年金の受給状況 | | | １．受給している　２．支給停止されている　３．申請中　４．受給していない | | | | |
|  | | | | | | | 年金証書記号番号 |
| ア．　　　ク．　 （障害補償年金）  イ．　　　ケ．  ウ．　　　コ．  エ．　　　サ．  オ．　　　シ．恩給法に基づく給付  カ．　　　　 　（普通恩給、普通扶助料、公務扶助料）  キ．　　　ス．（　　　　　　　　 　） | | | | | | |  |
| 個人番号 |
|  |
| 令和６年中の年金額　　　金　　　　　　　 　　　　円 | | | | | | | |
| ⑤ | 入所状況 | | １．施設に入所している（施設名　　　　　　　　　　　　）　　２．入所していない | | | | | |
| ⑥ | 入院状況 | | 過去１年間に入院したことが（または、現在入院中で）  １．ある｛病院名（　　　　　　　　　　　　　　　）令和　　年　　月　　日  ２．ない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　～令和　　年　　月　　日｝ | | | | | |
| ⑦ | 配 偶 者 | | |  | | | | |
| ⑧ | 扶養義務者 | | | 受給者との続柄（　　　　　　　　） | | | | |  |

**注　　意**

　　１　③の欄は、該当する障害を○で囲み、手帳の交付を受けているときは、｛　｝内にその内容も記

　　　入してください。障害が重複する場合は、程度の重い方を記入してください。

　　２　④の欄は、（年金の受給状況１から３までのいずれかの場合）該当する年金すべてを○で囲み、１又は２のときは、その証書の年金番号を右欄の（　）内に記入してください。複数の年金等を受給している場合は、ア、イ、ウの順で記入してください。年金を受給中の方は、令和５年１月から１２月末までの年金受給額を記入してください。

また、年金証書及び年金額の確認できるもの（源泉徴収票等）を添付して下さい。（コピー可）

　　３　⑤の欄は、老人福祉施設、障害者支援施設または児童福祉施設等への入所状況について、該当するものを○で囲んでください。

　　　　なお、デイサービス、短期入所及び施設通所の場合は、入所には当たりません。

　　４　⑥の欄は、過去１年間の病院、診療所または老人保健施設への入院状況について、該当するものを○で囲んでください。

　　　　なお、〔１．ある〕の場合は｛　｝内に病院名・入退院年月日を記入してください。

　　５　⑦の欄は、配偶者の氏名を記入して下さい。

　　６　⑧の欄は、扶養義務者の氏名、続柄を記入してください。

**〈記入例〉**

特別障害者手当等受給者現況届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 氷　見　　太　郎 | | | | 生年月日 | 昭和**２９**年**２**月**１０**日 | | |  |
|  | 住　所 | 氷見市　***鞍川１０６０番地*** | | | | | 電話 | **７４－８１１３** | |
|  | 障害区分 | | | | ア．肢体不自由　イ．視覚障害　ウ．聴覚障害　エ．内部障害（　　　　　　　　）  オ．知的障害　　カ．精神障害　キ．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 手帳の所有状況 | | | | １．有｛番号（ **５６７８９** ）等級（ **１** 級）障害名（ **脳性麻痺による**　）｝  ２．無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**四肢体幹機能障害** | | | | |
|  | 年金の受給状況 | | | | １．受給している　２．支給停止されている　３．申請中　４．受給していない | | | | |
|  | | | | | | | | 年金証書記号番号 |
| ア．　　　　ク．　 （障害補償年金）  イ．　　　　ケ．  ウ．　　　　コ．  エ．　　　　サ．  オ．　　　　シ．恩給法に基づく給付  カ．　　　　　 　（普通恩給、普通扶助料、公務扶助料）  キ．　　　　ス．（　　　　　　　　 　） | | | | | | | | **3353-123456**  **-2650** |
| 個人番号 |
| **１２３４　５６７８　１２３４** |
| 令和６年中の年金額　　　金　　**1,020,000**　円 | | | | | | | | |
|  | 入所状況 | | １．施設に入所している（施設名　　　　　　　　　　　　） ２．入所していない | | | | | | |
|  | 入院状況 | | 過去１年間に入院したことが（または、現在入院中で）  １．ある｛病院名（　　　　　　　　　　　　　　　）令和　　年　　月　　日  ２．ない　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　～令和　　年　　月　　日｝ | | | | | | |
|  | 配偶者 | | | 氷　見　　花　子 | | | | | |
|  | 扶養義務者 | | | 氷　見　　次　郎　　　　　　　　受給者との続柄（　子　） | | | | | |  |

**注　　意**

　　１　③の欄は、該当する障害を○で囲み、手帳の交付を受けているときは、｛　｝内にその内容も記

　　　入してください。障害が重複する場合は、程度の重い方を記入してください。

　　２　④の欄は、（年金の受給状況１から３までのいずれかの場合）該当する年金すべてを○で囲み、１又は２のときは、その証書の年金番号を右欄の（　）内に記入してください。複数の年金等を受給している場合は、ア、イ、ウの順で記入してください。年金を受給中の方は、令和５年１月から１２月末までの年金受給額を記入してください。

また、年金証書及び年金額の確認できるもの（源泉徴収票等）を添付して下さい。（コピー可）

　　３　⑤の欄は、老人福祉施設、障害者支援施設または児童福祉施設等への入所状況について、該当するものを○で囲んでください。

　　　　なお、デイサービス、短期入所及び施設通所の場合は、入所には当たりません。

　　４　⑥の欄は、過去１年間の病院、診療所または老人保健施設への入院状況について、該当するものを○で囲んでください。

　　　　なお、〔１．ある〕の場合は｛　｝内に病院名・入退院年月日を記入してください。

　　５　⑦の欄は、配偶者の氏名を記入して下さい。

　　６　⑧の欄は、扶養義務者の氏名、続柄を記入してください。