

		台帳番号		
(第1号様式)				
障害者福祉年金認定申請書 (新規・継続)				
ふりがな			生年月日	年 月 日生 (歳)
受給者氏名	個人番号 ()	電話番号		
受給者の住所	中津市	中津市に住所を定めた年月日 年 月 日 (3ヵ月以上居住)		
	施設入所もしくは 学校に入学しているため、 市外に住んでいる場合	入所・入学 の期間	年 月 日から 年 月 日まで	
		施設名・学校名		
手帳	☐ 身体障害者手帳 (1～4級)	大分県第 号 (年 月 日交付) 障害等級 (級)		
	☐ 療育手帳	大分県第 号 (再判定日 年 月 日)		
	☐ 精神保健福祉手帳	大分県第 号 (有効期限 年 月 日)		
本人名義 の口座	銀行名	支店名	口座番号	
公的年金 (国民年金・厚生年金・ 共済年金・障害年金・遺族年金等) 、特別障害給付金の受給の有無		受給している ・ 受給していない		
生活保護等の受給の有無		受給している ・ 受給していない		
右の項目の調査について ☐ 同意します ☐ 同意しません		・ 所得、課税状況 ・ 公的年金 (国民年金・厚生年金など) の受給の有無 ・ 生活保護の受給の有無		
上記のように申請します。 令和 年 月 日 中津市長 あて 申請者 住所 _____ 氏名 _____ (受給者との続柄 _____) (個人番号 _____) 電話 _____				

注意：次の人は所得・課税証明を添付してください。

- ・ 中津市で申告していない人
- ・ 所得状況等の調査に同意しない人

審査 結果	1 該当 (認定 ・ 更新)	支給開始年月 (年 月)
	2 非該当 (理由)	却下年月日 (年 月 日)