様式第1号(第２条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 | 受付(再提出)年月日 | 返付年月日 | 受理年月日 | 件名(氏 名) | 経過処理 | 審査結果 | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

様式第２号(第２条関係)

(表面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (都道府県)  　　　　　　鳥取県 | | | | 手当受給者台帳  　　認定年月日　　　　　　年　　月　　日  　　支給開始年月　　　　　年　　月 | | | | | | | | | 個人番号 |  | | |
| (実施機関)  　　　　　　日南町福祉事務所 | | | | 認定番号 |  | | |
| 氏名 | (フリガナ) | | | | | | 住所 |  | | | | | (支払方法)  支払地 | 金融機関 |  | |
|  | | | | | |
| 変更後 | （フリガナ） | | | | | 口座 |  | |
| TEL | | | | |
|  | | | | |
| 名義人 |  | |
| 障害名 | |  | | | | | | 障害の程度 | | 令別表　第　　　　第　　　　号 | | | | | | |
| 手当額 | 月額(円) | | 改定年月 | | 所得状況 | 年次 | | | 届出の有無 | | | 所得制限該当・非該当別 | | | | 支給停止期間 |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
|  | |  | | 年　　月 | | | 有・無 | | | 該　・　非 | | | | 年　月から　　年　月まで |
| 受給資格喪失年月日 | | |  | | 受給資格喪失事由 | | | |  | | | | | | | |
| 備　考 |  | | | | | | | | 有効期限 | | 配偶者 | | |  | | |
|  | |
| 扶養義務者(続柄) | | | 同居  別居 | | |

(裏面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 氏名 | |  | | | | | | | | 認定番号 | | | |  | | | | | | | | |  |
| 手当支払記録 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 区分 | | | ５ 月 | | ８ 月 | | １１ 月 | | ２ 月 | | | 区分 | | | ５ 月 | | ８ 月 | | １１ 月 | | ２ 月 | |
| 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | | 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ | |  | 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  |
| 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | | 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・　・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ | |  | 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  |
| 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | | 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ | |  | 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  |
| 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | | 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ | |  | 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  |
| 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | | | 年 | 支払額 | | 円 | | 円 | | 円 | | 円 | |
| 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ | |  | 支払済年月日 | | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  | ・ ・ |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第３号

（第２条関係）

支　給　停　止　簿　（　　　　　手当 ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理  番号 | 受　給　資　格　者 | | 停止期間 | 停止理由 |
| 住　　　所 | 氏　　　名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

様式第４号

（第２条関係）

支　給　廃　止　簿　（　　　　　手当 ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 整理  番号 | 受　給　資　格　者 | | 喪失年月日 | 喪失理由 |
| 住　　　所 | 氏　　　名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

様式第５号

（第２条関係）

特別障害者手当等受給資格調査員証交付簿

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査員証番号 | 交付  年月日 | 返納  年月日 | 受領者の  職名及び氏名 | 受領印 | 交付  取扱者印 | 返納  取扱者印 | 備　考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

様式第６号(第３条関係)

(表面)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様 | | | | | | | | |
| 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | | 認定通知書 | | | | |
|  |  | | | | | | |  |
| 受給者氏名 |  | | | | | |
| 受給者住所 |  | | | | | |
| 支給手当月額 |  | 支払開始年月 | | | 年　　月から | |
| 認定期間 |  | | | | | |
| 次回診断年月 | 年　　　　　月 | | | | | |
| 支払場所 |  | | | | | |
| 年　　月　　日付けで請求のありました | | | | | 特別障害者手当  障害児福祉手当 | | の受給資格については、 | |
| 上記のとおり認定しましたので通知します。  　　　　　　年　　月　　日  日南町福祉事務所長　印  ◎　裏面の注意をよく読んで下さい。 | | | | | | | | |

(裏面)

1　障害児福祉手当・特別障害者手当は、２月、５月、８月、１１月の年４回、それぞれの　　　　月の前月までの分をまとめて支払うこととなっています。

　また、支払日は、当該支払月の第一木曜日(休日の場合は、その直後の土曜日、日曜日、休日ではない日)に口座振込となりますので、所定の支払場所で支払を受けてください。

2　この手当等を受けるには、毎年８月１１日から９月１０日の間に、あなたやあなたの　　　扶養義務者等についての前年の所得状況を届け出る必要があります。

3　あなたの氏名や住所などを変更したときは、１４日以内に日南町福祉事務所に届けてください。

（教示）

この認定に不服があるときは、この通知書を受けた翌日から起算して６０日以内に、書面で、鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

　①　審査請求があった日から６０日を経過しても裁決がないとき。

　②　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要が　あるとき。

　③　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第７号(第３条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様 | | | | | | |
| 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | 認定請求却下通知書 | | | |
|  | 氏名 |  | | | |  |
| 住所 |  | | | |
| 却下した理由 |  | | | |
| 年　　月　　日付けで請求のありました | | | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | の受給資格については、 | |
| 上記の理由により認定を却下しましたので通知します。  　なお、これに不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して６０日以内に、  書面で、鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。また、この処分の取消しの  訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、  町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)提起することができます。  なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起する  ことができないこととされていますが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、  審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。  　①　審査請求があった日から６０日を経過しても裁決がないとき。   1. 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要が   あるとき。  　③　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。  　　　　　　年　　月　　日  日南町福祉事務所長　印 | | | | | | |

様式第８号(第４条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様 | | | | | | | | | | | |
| 障害児福祉手当支給停止  特別障害者手当支給停止解除 | | | | | | | | 通知書 | | | |
|  | 氏名 | | | |  | | | | | |  |
| 住所 | | | |  | | | | | |
| 支給停止  支給停止解除 | | | の理由 |  | | | | | |
| 支給停止  支給停止解除 | | | の期間 | 年　　　月から　　　　　　年　　　月まで | | | | | |
| あなたの | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | | については、上記のとおり、 | | | 支給停止  支給停止解除 | しましたので | |
| 通知します。 | | | | | | | | | | | |
| なお、この | | | 支給停止  支給停止解除 | | | | に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から | | | | |
| 起算して６０日以内に、書面で、鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。  　また、この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。  　①　審査請求があった日から６０日を経過しても裁決がないとき。  　②　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。  　③　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。  　　　　　　年　　月　　日  日南町福祉事務所長　　　　印 | | | | | | | | | | | |

様式第９号(第５条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | | | 氏名  住所 | 変更届 | |
|  | (ふりがな)  受給資格者氏名 | |  | | | |  |
|  | | | |
| 住所 | |  | | | |
| (ふりがな)  変更後氏名 | |  | | | |
|  | | | |
| 変更後住所 | |  | | | |
| 上記の理由が発生した日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 上記のとおり | | 氏名  住所 | | を変更したので届け出ます。 | | | |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　　住所  氏名　　　　　　　　　　印  　日南町福祉事務所長　様 | | | | | | | |

◎　氏名変更の場合は、戸籍の抄本を添付して提出ください。記名押印に代えて署名することができます。

様式第１０号(第６条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | | | 資格喪失届 | |
|  | (ふりがな)  受給者の氏名 | |  | | |  |
|  | | |
| 受給者の住所 | |  | | |
| 受給資格がなくなった理由 | | 1　障害年金等を受けるようになった。  　　(種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  2　施設に入所した。  　　(種類　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  3　病院・診療所に3か月以上継続して入院するに至った。  4　障害の程度が法施行令第1条に掲げる障害の状態に該当しなくなった。  5　その他(　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | |
| 上記の理由が発生した日 | | 年　　月　　日 | | |
| 上記のとおり | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。 | | |
| 年　　月　　日  氏名　　　　　　　　　　印  　　　日南町福祉事務所長　様 | | | | | | |

◎　「受給資格がなくなった理由」の欄は、該当する番号を○で囲むとともに、(　)内に

その内容を具体的に記入してください。

◎　受給者が死亡したときは、この届ではなく、戸籍の届出をしなければならない人々に、

受給者の死亡届を出してもらうことになります。

様式第１１号(第６条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | 死亡届 | |
|  | (ふりがな)  受給資格者氏名 |  | |  |
|  | |
| 住所 |  | |
| 死亡年月日 | 年　　月　　日 | |
| 上記のとおり、受給資格者が死亡したので届け出ます。  　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　住所  氏名　　　　　　　　　　印  (死亡した者との続柄)  　　　日南町福祉事務所長　様 | | | | |

◎　この届には、死亡を証明する書類(例：死亡診断書)を添付して提出してください。

◎　死亡した受給資格者に支払うべき手当で、まだその者に支払っていなかった手当がある

場合は、その者の配偶者又は扶養義務者で、その者の死亡の当時その者と生計を同じくしていたものは、未支払手当請求書及び死亡した受給資格者との続柄を証明する書類も提出してください。(なお、手当を支払うべき者の順位は、原則として配偶者、子、父母、孫、祖父母又は兄弟姉妹の順になります。)

◎　記名押印に代えて署名することができます。

様式第１２号(第７条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様 | | | | | | |
| 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | | | 資格喪失通知書 | |
|  | 氏名 | |  | | |  |
| 住所 | |  | | |
| 受給資格がなくなった理由 | |  | | |
| 受給資格がなくなった日 | |  | | |
| 上記のとおり | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | の受給資格がなくなりましたので通知します。 | | |
| なお、これに不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して６０日以内に、書面で、鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。また、この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。) 提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。  　①　審査請求があった日から６０日を経過しても裁決がないとき。  　②　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。  　③　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。  　　　　　　年　　月　　日  日南町福祉事務所長　　　　印 | | | | | | |

様式１３号（第８条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | 支払差止通知書 |
| |  |  | | --- | --- | | 受給者の氏名 |  | | 受給者の住所 |  | | 支給差止の理由 |  | | 支給差止の開始日 | 年　　　月分 | | | | |
| 上記のとおり | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | の支払いを一時差し止めましたので、通知します。 | |
| なお、これに不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して６０日以内に、  書面で、鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。また、この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６ヶ月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表するものは町長となります。)提起することができます。  なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。  ①　審査請求があった日から６０日を経過しても裁決がないとき。  ②　処分、処分の執行又は手続きの続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要が　あるとき。   1. その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。   　　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　日南町福祉事務所長　　　　印  　　　　　　　　　　　様 | | | |

様式第１４号(第９条関係)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | 被災非該当通知書 | |
|  | 住所 |  | |  |
| 氏名 |  | |
| 被災状況非該当の理由 |  | |
| 年　　月　　日付けで被災状況書の提出がありましたが、上記のとおり支給停止を　解除することに該当しませんので通知します。  　なお、これに不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して６０日以内に、書面で、鳥取県知事に対して審査請求をすることができます。また、この処分の取消しの　　訴えは、前記の審査請求に対する裁決の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、町を被告として(訴訟において町を代表する者は町長となります。)提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、次の①から③までのいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。  　①　審査請求があった日から６０日を経過しても裁決がないとき。  　②　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。  　③　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。  　　　　　　年　　月　　日  日南町福祉事務所長　印  　　　　　　　　　様 | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ◎　翌年８月以降について再び | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | を受けようとするときは、翌年の |

　　８月１１日から９月１０日までの間に所定の書類により所得状況届を提出してください。

様式第１５号（第１１条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| 未支給 | | | | | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | | 支払請求書 | | | | |
| 年　　月　　日  様  請求者　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給を受けていない | | | | 障害児福祉手当  特別障害者手当 | | | の支払について、次のとおり請求します。 | | | | | | | |
| 死亡者 | 氏名 |  | | | | | 死亡年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 請求者 | 氏名 |  | | | | | 死亡者との続柄 | | | | |  | | |
| 住所 |  | | | | | | | | | | | | |
| 未支給期間 | | 年　　　月分から  年　　　月分まで | | | | | | | 未支給金額　　　　　　　　　　　　円 | | | | | |
| 死亡した受給者には、死亡日に死亡した受給者と同一の世帯に属する次のような　人がいましたか。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 先順位者 | 配偶者 | | 子 | | 父母 | | | 孫 | | | | | 祖父母 | 兄弟姉妹 |
| い　る  いない | | い　る  いない | | い　る  いない | | | い　る  いない | | | | | い　る  いない | い　る  いない |
| 備　考  ※　住民票の写し（世帯全員）を添付してください。 | | | | | | | | | | | | | | |