

【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)

記載例

神奈川県在宅重度障害者等手当現況届

受給資格者番号
00123456

提出日を記載してください

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) (受給資格者との関係)	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	<input type="checkbox"/> その他(代理届出) (資格)	本人以外の方が届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。)

指定受取人	氏名(フリガナ) カナガワ ハナコ 神奈川県 花子 (〒212-9999)	電話番号 045-210-9999
住所	〒212-9999 横浜市中区弁天通 999-999	

※「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(フリガナ) カナガワ タロウ 神奈川 太郎	生年月日 大正 昭和 平成 令和 30年5月30日
電話番号 090-8888-9999 (〒231-9999)	個人番号
住所 神奈川県 横浜市中区日本大通 123-12	マンション神奈川101
金融機関名 本・支店名 金融機関コード 本・支店コード 種別 神奈川銀行 日本大通支店 9876543	口座番号(7ケタ) 口座名義人氏名(カタカナ) 本人 本人以外 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
2099	2	2	2

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。

身体障害者手帳	1 1 2 3 4 5 6
療育手帳	1 1 2 3 4 5 6 7
精神障害者保健福祉手帳	等級 A1 H050501
交付年月日	
有効期限	

③受給者の現況を記載してください。

受給資格者は、

- 身体障害者手帳の交付を受けていますか。 はい (級) いいえ
- 精神障害者保健福祉手帳(1級のものを除く。)の交付を受けていますか。 はい いいえ
- 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
- 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
- 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
- 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

④署名又は記名をお願いします。

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。

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

認定年月日	8月分支給有無
9919999	H201201

- 「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
- 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
- 「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」又は空欄の場合は、何も記入しない
- 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
- 8月1日現在、継続して6か月以上神奈川県内に居住していることが確認できた場合に「○」を記入

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。

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。

要件	確認結果	

○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

※見込事由…1:死亡、2:施設入所、3:県外転出、4:その他