

特別障害者手当等に係る所得状況調査同意書及び同居者確認書

- 1 特別障害者手当等の受給資格認定及び所得状況届にあたり、私の世帯全員の所得状況について調査することに同意します。

令和7年1月2日以降に甲斐市に転入した方がいた場合、該当する方の所得課税証明書を添付してください。

- 2 下記の者と生計を同じにしていることを申し出ます。

世帯分離や出稼ぎ・勤務の都合上別世帯となっている場合を含みます。

同意申出者 との続柄	氏 名	生 年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日
		年 月 日

甲斐市福祉事務所長 殿

令和 年 月 日

同意及び申出者

住 所	
氏 名	
電話番号	※ 日中連絡がとれる番号

受給資格喪失時届出確認書

※ 手当を受ける資格がなくなってから手当を受給している場合、後日返還していただく必要があるため、下記の要件に該当する場合は喪失届をご提出ください。

- 1 受給者が日本国内に住所を有しなくなった。
- 2 受給者が施設入所した。
- 3 受給者が死亡した。
- 4 受給者の障がい程度が法に定める状態に該当しなくなった。
- 5 対象児童が20歳に到達した。(障害児福祉手当受給者のみ)
- 6 病院等(病院・診療所・介護老人保健福祉施設)へ3か月を超え、入院をした
(特別障害者手当受給者のみ)
- 7 障がいを支給事由とする給付(障害年金等)を受給するようになった。
(障害児福祉手当・経過的福祉手当受給者のみ)

令和 年 月 日

甲斐市福祉事務所長 殿

特別障害者手当等を受給するにあたり、上記に該当した場合は速やかに届け出ます。

住所 _____

氏名 _____