

特別障がい者手当・障がい児福祉手当・経過的福祉手当変更(喪失)届

藤沢市福祉事務所長

年 月 日

次のとおり届出をします。また、当該事業適用期間中は、市で保管する情報の範囲内で、事業に必要な情報を市が利用することに同意します。

受給者氏名

(受給者が18歳未満の場合は保護者の氏名。受給者が死亡の場合は提出者の氏名。)

手当の種類	<input type="checkbox"/> 特別障がい者手当 <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当		
フリガナ			大正・昭和・平成・令和
受給者氏名	生年月日	年 月 日	(年齢 歳)
住所	電話 ()		個人番号
区分	変更	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 住所 <input type="checkbox"/> 振込先口座 <input type="checkbox"/> 配偶者・扶養義務者	
	喪失	<input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> 施設入所・入院 <input type="checkbox"/> 障がいの程度が法施行令第1条に掲げる障がいの状態に該当しなくなった	
発生日	年 月 日		

	変更前		変更後	
氏名				
住所				
振込先口座	金融機関名		金融機関名	
	銀行/農協 信用金庫		銀行/農協 信用金庫	
	支店名	店番号	支店名	店番号
	支店 出張所		支店 出張所	
	種別	口座番号(右づめ)	種別	口座番号(右づめ)
	普通		普通	
	当座		当座	
	口座名義(カタカナ)		口座名義(カタカナ)	
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します		<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します		
配偶者 扶養義務者	氏名	続柄	氏名	続柄
	理由			
施設入所 入院	施設・病院名			

提出者	<input type="checkbox"/> 受給者本人 <input type="checkbox"/> 受給者本人以外(下の欄に記入)		
提出者氏名		受給者との関係	
提出者住所	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ	電話	<input type="checkbox"/> 受給者と同じ ()

参事	主幹	課長補佐	主査	担当者	備考	受付者
本人確認書類	1点 マ・免・手帳・パスポ 2点 保・自立・年金・後見・その他()					

世帯状況届兼同意書

私は、市が保有する障がい児福祉手当、特別障がい者手当の認定に必要な次の情報について、藤沢市福祉事務所長が利用することに同意します。なお、情報照会が必要となる対象者から、閲覧することについて同意を得ています。

※収集した個人情報は、他の目的に使用されることはありません。

- ・ 住民基本台帳の記載事項
- ・ 所得の状況
- ・ その他、認定に必要な事項

藤沢市福祉事務所長

年 月 日

※窓口に来た人が申請者(受給者)と異なる場合は、その人の住所・氏名・続柄を記入してください。

申請者(受給者)

住所

氏名

電話番号 ()

住所

氏名

申請者(受給者)との続柄:

電話番号 ()

【◎同居所に居住している方】

フリガナ 氏名	生年月日	続柄	2026年(令和8年) 1月1日現在の住所	個人番号	備考欄
□申請者(受診者)に同じ	大・昭・平・令 年 月 日	/	<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		
	大・昭・平・令 年 月 日		<input type="checkbox"/> 藤沢市内 <input type="checkbox"/> 市外 ()		

※記入欄が足りない場合は、別の用紙に記入をしてください。

◎受給者本人及び受給者本人と同じ住所に居住している方全員について、記入してください。
(勤務等の都合上、形式的に別世帯となっている場合も含む。)

- ・ 上記の◎印に該当する方のうち、2026年(令和8年)1月2日以降に藤沢市に転入された方等は、マイナンバーカードをお持ちください。
- ※マイナンバーでの情報照会を希望されない方は、1月1日に住民登録があった市区町村で発行される<令和8年度所得(課税)証明書>を提出してください。

本人確認書類	1点	2点
	マイナンバーカード ・ 運転免許証 その他 ()	保険証 ・ 自立 ・ 年金手帳 後見 ・ その他 ()

受付者

同意書

年 月 日

藤沢市福祉事務所長

住 所 _____

受給者氏名 _____

保護者氏名 _____

※受給者が18歳未満の場合のみ記入

私は、【特別障がい者手当・障がい児福祉手当・経過的福祉手当】
の受給資格の継続の手続き等にあたり、以下について同意いたします。

- ・旧住所地の旧実施機関等に対し、必要な情報を照会すること
- ・旧実施機関等が藤沢市からの照会に回答すること

旧住所

旧実施機関等

(障がい者支援課)