

障がい児福祉手当の申請に必要な書類

1. 障がい児福祉手当認定請求書
2. 障がい児福祉手当所得状況届
3. 本人、同居の扶養義務者（父母、兄弟、姉妹、孫、祖父母）の所得が確認できる書類（確定申告書控、令和8年度市町村民税課税（非課税）証明書など）
* 2026年（令和8年）1月1日に藤沢市にお住まいの場合、同意書の提出により省略することができます。
* 2026年（令和8年）1月2日以降に藤沢市に転入した方等で、マイナンバーにより所得が確認できる場合、省略することができます。
4. マイナンバーカードまたは通知カード
（詳しくは裏面をご覧ください）
5. 身体障がい者手帳・療育手帳・精神障がい者保健福祉手帳（お持ちの方のみ）
6. 障がい児福祉手当認定診断書（記載日から2か月以内のもの）
※診断書については医療機関へお問い合わせください。
7. 特別児童扶養手当証書（受給されている方のみ）
8. 本人名義の預金通帳（口座情報が確認できるもの）
（ゆうちょ銀行のときは振込用口座番号の記載されたもの）

受付・お問い合わせ

〒251-8601 藤沢市朝日町1番地の1

藤沢市役所 障がい者支援課（本庁舎2階）

電話 0466-50-3528

FAX 0466-25-7822

※18歳未満の方は、子ども家庭課（本庁舎3階）
でも受付します。

（2026年7月～2028年6月申請受付用）

平成28年1月から、マイナンバー（個人番号）制度が開始となり、表面の書類の他に、次の提出書類が必要になります。ただし、マイナンバー（個人番号）が確認できないことを理由に申請を拒否することはありません。

1. マイナンバー（個人番号）が確認できる書類

- ・マイナンバーカード、通知カードなど

※デジタル手続法の施行日（令和2年5月25日）時点で交付されている通知カードは、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合または正しく変更手続きがとられている場合に限り利用可能です。

2. 本人確認書類

- ・1点での確認書類

マイナンバーカード、運転免許証、パスポート、
身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳、
官公庁から発行された氏名・生年月日又は住所が記載されているもの（写真付）など

- ・2点以上での確認書類

健康保険証、介護保険証、年金手帳、
官公庁から発行された氏名・生年月日又は住所が記載されているものなど

【代理人申請時】

3. 代理人の本人確認書類

（代理人のマイナンバーカード、運転免許証、運転履歴証明書、パスポートなど）

4. 法定代理人の場合は、戸籍謄本や登記事項証明など

※受付 年 月 日

障がい児福祉手当認定請求書			
認定を受けようとする者	① 氏名・性別 <small>（ふりがな）</small>		
	② 生年月日	平成 年 月 日 令和	男・女 満 歳
	③ 住 所	藤沢市	④ 個人番号
他制度の適用状況	⑤ 障がい基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況	1 受給している } 年金等の種類 () 2 支給停止されている } 3 申請中 } 証書記号番号 () 4 受給していない }	
	⑥ 身体障がい者手帳の所有状況	1 あり { 番号 () 等級 (級) 2 なし 障がい名 ()	
⑦ 施設への入所状況	1 入所している () 2 していない		
⑧ その他			
関係書類を添えて、障がい児福祉手当の受給資格の認定を請求します。 令和 年 月 日 氏名 藤沢市福祉事務所長 宛			
※認定 却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※備考	

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書ではっきり書いてください。 本人の電話番号 ()

◎ ※欄は記入しないでください。 銀行 支店

口座番号

フリガナ

口座名義人
(本人)

公金受取口座を利用します

※公金口座利用の際は、確認のため口座情報の記入をお願いします。

(裏 面)

注意

- 1 ⑤の欄は、障がい基礎年金、特別児童扶養手当等他の制度による障がいを支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。

なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に具体的に記入してください。

- 2 ⑥の欄は、身体障がい者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。

なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。

- 3 ⑦の欄は、肢体不自由児施設、重症心身障がい児施設、知的障がい者更生施設等の施設に収容されているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、収容されているときは、()内に施設の種類を記入してください。

様式第三号(第二条・第五条関係)

(表 面)

※受付 年 月 日 番号

障がい児福祉手当(福祉手当)所得状況届

① 受給資格者	(ふりがな)			個人番号	住所
	氏名				
	住所				
② 配偶者	氏名	個人番号	住所		
③ 扶養義務者	氏名	個人番号	住所		
	受給資格者との続柄				
④ 令和	年所得	⑤ 受給資格者	⑥ 配偶者	⑦ 扶養義務者	
⑧	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給者については、㉗70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉘特定扶養親族の数、㉙16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	(㉗ 人) (㉘ 人) (㉙ 人)	(人)	(人)	
⑨ 所得額	円	※㉚円	円	※㉛円	円
控除	障がい者(特別障がい者を除く。) ⑩ である控除対象配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円
	特別障がい者である控除対象配偶者及び扶養親族の数 ⑪	人	円	人	円
	障がい者・特別障がい者・寡婦(寡夫)・寡婦の特例・勤労学生の別 ⑫	寡・寡特・勤	円	障・特障・勤	円
	⑬	円	円	円	円
⑭ 社会保険料等相当額	円	円	円	円	円
⑮ 控除後の所得額	円	円	円	円	円
上記のとおり、相違ありません。					
令和 年 月 日					
氏名					
藤沢市福祉事務所長 宛					
※審査					

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎ 字は楷書ではっきり書いてください。記名押印に代えて署名することができます。

◎ ※の欄は記入しないでください。

(裏 面)

注意

- 1 ③の欄は、あなたの子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、あなたの生計を維持している人について記入してください。
- 2 ⑧の欄は、地方税法に定める**同一生計配偶者**、扶養親族(以下「扶養親族等」という。)の合計数を記入してください。
なお、地方税法に定める**70歳以上の同一生計配偶者**、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により()内に再掲してください。
 - 1 受給者については、ア)に**70歳以上の同一生計配偶者**及び老人扶養親族の合計数を、イ)に特定扶養親族の数を、ウ)に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
 - 2 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 3 ⑨の欄は、前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除額を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。
- 4 ⑩の欄は、⑧の欄の**同一生計配偶者**及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障がい者以外の障がい者である人の数を記入してください。
- 5 ⑪の欄は、⑧の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障がい者である人の数を記入してください。
- 6 ⑫の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障がい者以外の障がい者若しくは特別障がい者、寡婦(寡夫)、寡婦控除の特例対象者(当該控除のみなし適用を申請する場合を含む。)又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 7 ⑬の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額を記入してください。
- 8 ⑭の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに当該控除額を記入してください。
この所得状況届には、次の書類を添えて出してください。
 - 1 ⑨の欄の所得額について、市区町村長の証明書
 - 2 ⑩から⑬までの欄に記入した事項について、市区町村長の証明書
 - 3 請求者又はその扶養義務者に関し、寡婦(寡夫)控除のみなし適用を希望する場合は、その事実を明らかにすることができる書類

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。

	1点	2点
本人確認書類	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