別記第4号様式（第10条第1項関係）

心身障害者福祉手当増額申請書

豊島区長
心身障害者福祉手当の増額申請をします。

受付印

年　　月　　日

申請者　　本人・代理人（続柄　　）
氏名
電話番号　　（　　）

フリガナ				生年月日	年　月　日		
氏名（本人）							
個人番号							
住所	豊島区						
障害状態	身体障害手帳	番号	都道府県市　　号	等級	種　級	障害名	1 脳性マヒ 2 進行性筋萎縮症 3 その他
	愛の手帳	番号		等級	度		
増額理由（該当する番号を〇で囲んでください）	1 身体障害の程度が2級または1級となった。 2 知的障害の程度が3度または2度または1度となった。 3 その他（　　）						

事務処理欄　以下記入不要です。

増額年月	1 手帳再認定（　月　日申請）（申請から2か月以内であれば手帳の申請月から） 2 未申請（当月から） 3 20歳到達（当月から） 4 その他（　　）						
認定番号		改定年月		年　月			
宛名番号		受付		入力		検査	