

장애인연금 대리수령신청서

※ 뒤쪽 제출서류, 유의사항을 읽고 작성하여 주시기 바라며, []에는 해당되는 곳에 √ 표를 합니다. (앞쪽)

접수번호	접수일	처리기간 3일
------	-----	---------

수급자 (신청인)	성명	생년월일
	전화번호	휴대전화
	신청사유 [] 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견개시 심판이 확정된 경우 [] 채무불이행으로 인하여 금전채권이 압류된 경우 [] 치매 또는 보건복지부장관이 정하는 거동불가의 사유로 인하여 본인 명의의 계좌를 개설 또는 사용하기 어려운 경우	
	대리수령기간 월부터 월까지(개월 간)	

대리 수령인	성 명	수급자와의 관계
	전화번호	휴대전화
	주 소	주민등록번호

지급계좌	금융회사	계좌번호
------	------	------

※ 아래 법정대리인란은 수급자가 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견개시 심판을 확정받은 경우에만 적습니다.

법정 대리인	성 명	주민등록번호
	전화번호	휴대전화
	주 소	

「장애인연금법 시행령」 제11조제5항 및 「장애인연금법 시행규칙」 제9조에 따라 위와 같이 장애인연금 대리수령을 신청합니다.

신청인(법정대리인) 년 월 일 (서명 또는 인)
대리수령인 (서명 또는 인)

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 귀하

제 호 장애인연금 대리수령신청 확인서

수급자 (신청인)	성명	생년월일
	신청사유	
	대리수령기간 월부터 월까지(개월 간)	

대리 수령인	성명	신청인과의 관계	생년월일
	주소		

위와 같이 장애인연금의 대리수령신청을 확인합니다.

특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장 직인

귀하

제출서류	1. 신청인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류 2. 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유를 증명할 수 있는 서류 가. 성년후견개시, 한정후견개시 또는 특정후견개시 심판이 확정된 경우 나. 채무불이행으로 인하여 금전채권이 압류된 사실 다. 치매 또는 보건복지부장관이 정하는 거동불가의 사유 3. 대리수령인이 신청인의 배우자, 직계혈족 또는 3촌 이내 방계혈족임을 확인할 수 있는 서류 4. 「장애인연금법 시행규칙」 별지 제1호서식의 위임장 및 대리인의 인적사항을 확인할 수 있는 서류(대리인이 신청하는 경우만 제출합니다)
유의사항	「장애인연금법」에 따른 장애인연금은 일정 소득 이하의 중증장애인에게 생활 안정 지원과 복지 증진을 위해 소득 보전(補填) 및 추가비용 보전의 목적으로 지급되는 것이므로, 그 외 다른 목적으로 사용할 수 없습니다.

처 리 절 차

이 신청서는 아래와 같이 처리됩니다.

