様式第１号（第４条関係）

重度心身障がい児者等介護手当認定申請書

年　　月　　日

　(宛先)三条市長

申請者(介護者)住所　三条市

氏　名

電話番号

　次のとおり申請します。

　また、手当の認定の要件を確認するため、市が公簿等を確認することに同意します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 重度心身障がい児者等 | 住所 | 　 |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 年 月 日 | 電話番号 | 　 |
| 介護者(受給者) | 住所 | 申請者に同じ |
| 氏名 | 申請者に同じ |
| 生年月日 | 年 月 日 | 重度心身障がい児者等との続　　柄 | 　 |
| 対象区分等 | 身体障害者手帳番号 | 　　　　　市・郡　　第　　　　　　　　　　　　号　　１級・２級 |
| 療育手帳番号 | 　　　　　市・郡　　第　　　　　　　　　　　　号　　A |
| 精神障害者保健福祉手帳番号 | 　　　　　新潟県　　　　　　　　　　　　　　　号　　１級 |
| 該当区分 | (1)身体障害者手帳１、２級所持者 (2)療育手帳A所持者(3)精神障害者保健福祉手帳１級所持者 (4)その他 |
| 振込先 | 金融機関名 | 銀行・信金・信組・農協　　　　　　　　支店 |
| 預金種類 | 普通・当座 | 口座番号 | 　 |
| 口座名義 |  |

［添付書類］

実態確認調査書、重度心身障がい児者等調査票

※なお、必要な場合は訪問調査をすることがあります。