

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。

い 重 児 者 等 心 身 障 が	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。