

# 記入例

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

令和 4 年 4 月 1 日

(宛先)三条市長

申請者(介護者)住 所 三条市旭町2丁目3-1

氏 名 三条 福太

電話番号 0256-34-5408

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 度 心 身 障 が 児 者 等	住 所	三条市旭町2丁目3-1		
	氏 名	三条 福美		
	生 年 月 日	昭和60年1月1日	電話番号	0256-34-5408
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	昭和60年4月1日	重度心身障がい 児者等との続柄	夫
対 象 区 分 等	身体障害者 手帳番号	三条 市 郡 第 99999 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	ゆうちょ 銀行 信金・信組・農協 一二八 支店		
	預 金 種 類	普通・当座	口座番号	1111111
	口 座 名 義	サンジヨウ フクタ		

[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

通帳のコピーをつけてください。

(支店名の分かるページ)