

様式第1号(第3条関係)

重度心身障害者介護手当認定申請書

氏名			生年月日	年 月 日(歳)	
住所				性別	男・女
介護が必要になった時期					傷病名
介 護 者	氏名			生年月日	年 月 日
	住所			性別	男・女
	当該障害者との続柄			職業	
該 当 区 分	(1) 身体障害者1・2級			備 考	
	(2) 精神障害者1・2級				
	(3) 養育手帳A				
	(4) 要介護度 3 4 5				
振込指定 金融機関	金融機関名				
	フリガナ 口座名義人		口座番号		
<p>上記のとおり重度心身障害者介護手当を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所</p> <p style="text-align: right;">電話 ー</p> <p style="text-align: right;">氏名 ㊟</p> <p>(あて先)胎内市長</p>					