様式第1号(第2条関係)

重度心身障がい児者介護手当支給交付申請書

年　　月　　日

十日町市長　様

介護者　住所　十日町市

氏名

TEL　　―

十日町市重度心身障がい児者介護手当支給条例第3条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="9">心身障がい児者</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日生</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5">十日町市　　番地</td></tr>
<tr><td>受給している手当</td><td colspan="5">特別障害者手当　・　障害児福祉手当</td></tr>
<tr><td rowspan="6">障がい者手帳の所持状況</td><td rowspan="2">身体障害者手帳</td><td>交付年月日</td><td>交付番号</td><td>障がい名</td><td>等級</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">療育手帳</td><td>交付年月日</td><td>交付番号</td><td>障がいの程度</td><td>有期判定
(有期期限)</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>無・有
(　　年　　月)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">精神障害者保健福祉手帳</td><td>交付年月日</td><td>交付番号</td><td>障がいの程度</td><td>有効期限</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td>年　月　日</td></tr>
</table>

振込指定金融機関	銀行・信組 金庫・農協　　支　店 出張所	口座番号	
		フリガナ	
		口座名義人	

注意

① 署名をもって記名押印に代えることができます。

添付書類

① 各種障がい者手帳の写し

② 振込先金融機関の口座番号等が確認できるもの