

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 ー

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。

心 身 障 が い 児 者	氏 名		生年月日	年 月 日生		
	住 所	十日町市 番地				
	受給している手当	特別障害者手当 ・ 障害児福祉手当				
	障がい者 手帳の 所持状況	身体障害者 手帳	交付年月日	交付番号	障がい名	等級
		療育手帳	交付年月日	交付番号	障がいの程度	有期判定 (有期期限)
					無・有 (年 月)	
精神障害者 保健福祉手帳	交付年月日	交付番号	障がいの程度	有効期限		
				年 月 日		

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