

重度心身障害者介護手当受給資格認定申請書

年 月 日

北広島町長 様

申請者 住所
氏名 氏名 印

手当の支給を受けたいので、受給資格等の認定を次のとおり申請します。

受給資格者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	届出印	
	住所				障害者との続柄	
対象障害者	氏名	男・女	生年月日	年 月 日	受給資格者 と同居・別居 の別	同居 別居
	身体障害者手帳			療育手帳		
	手帳番号 第 号 交付年月日 年 月 日	障害の 級別	※身体障 害者手 帳者 印	手帳番号 第 号 交付年月日 年 月 日	障害の 程度	※療育手帳確 認者印
家族 状 況	氏名	続柄	生年月日	同居・別居	障害者を介護し ている保護者 には○印	
※介護 状況	(介護状況についての調査意見)			年 月 日調査	職氏名 印	