

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 ⑩

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 確 認 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 ⑩	