

様式第1号(第3条関係)

重度心身障害者在宅介護手当受給申請書

年 月 日

射水市長

申請者 (介護者)	住所	電話 ー		
	フリガナ氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日	被介護者との続柄	

次のとおり、重度心身障害者在宅介護手当の受給認定の申請をします。

重度心身障害者 (被介護者)	住所	電話 ー		
	フリガナ氏名		性別	男・女
	生年月日	年 月 日		

次の1から2のうち該当する数字に○印を付けて必要事項を記入してください。

1 身体障害者	手帳番号	都道府県	障害名	
		第 号	等級	種 号
2 知的障害者	療育手帳	A	番号	第 号

介護手当は、申請者の次の口座に振り込んでください。

金融機関名	銀行・金庫・農協 本店・支店
預金の種類	普通預金・当座預金
口座番号	
名義人	フリガナ