

※受付 年 月 日

庄原市重度心身障害者在宅介護手当交付申請書			
介護者のこと	① (フリカゝナ) 氏 名		性別 男・女
	② 生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)	要介護者との続柄
	③ 住 所	〒 庄原市 町 Tel ()	
要介護者のこと	④ (フリカゝナ) 氏 名		性別 男・女
	⑤ 生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)	
	⑥ 住 所 (※③と同じ場合は記入不要)	〒 庄原市 町 Tel ()	
	⑦ 身体障害者手帳	1 あり (障害の程度 級) 2 なし	
	⑧ 療 育 手 帳	1 あり (障害の程度) 2 なし	
	⑨ 精神障害者保健福祉手帳	1 あり (障害の程度 級) 2 なし	
	⑩ 障害程度(支援)区分認定	1 認定を受けている (区分) 2 認定を受けていない	
	⑪ 施設への入所状況	1 入所している () 2 していない	
	⑫ 病院等への入院状況	1 入院している (年 月 日から) 2 していない	
	⑬ 特別児童扶養手当 障害児福祉手当	1 受給している 2 支給停止されている 3 申 請 中 4 受給していない } 手当等の種類 ()	
⑭ 在宅高齢者家族介護慰労金	1 受給している 2 支給停止されている 3 申 請 中 4 受給していない		
⑮ 備 考	障害程度(支援)区分の認定期間 (年 月 日まで)		
<p>庄原市重度心身障害者在宅介護手当の交付を申請します。 あわせて、受給資格及び要介護者に係る介護保険法の要介護認定の状況について、担当課へ照会されることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">(介護者) 氏 名 ㊞</p> <p style="text-align: center;">庄 原 市 長 様</p>			
※ 交付 却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※ 備考	

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。 ◎ ※欄は記入しないでください。

◎ 字は楷書ではっきり書いてください。

庄原市重度心身障害者在宅介護手当支払先預金口座

金融機関名・本支店名	預金の種類	口座番号	口座名義(介護者本人)
.	当座・普通		

注意 (裏面をよくお読みください。)