

様式第1号(第6関係)

年 月 日

北上市福祉事務所長 様

住 所
氏 名

在宅重度障害者家族介護慰労手当認定申請書

関係書類を添えて、在宅重度障害者家族介護慰労手当の受給資格の認定を申請します。

記

介 護 者	(ふりがな) 氏 名	-----		男・女	生年月日	年 月 日生
	住 所					
	職 業		重 度 障 害 者 と 同 居 開 始	年 月 から		
	重度障害者 との 続 柄		重 度 障 害 者 の 介 護 開 始	年 月 から		
重 度 障 害 者	(ふりがな) 氏 名	-----		男・女	生年月日	年 月 日生
	他 制 度 の 適 用 状 況	制 度 の 名 称	適用の有無(等級・番号等)		備考(申請・停止等)	
		身 体 障 害 者 手 帳	有()・無			
		知 的 障 害 者 療 育 手 帳	有()・無			
		精 神 障 害 者 保 健 福 祉 手 帳	有()・無			
		特 別 障 害 者 手 当	有()・無			
		障 害 基 礎 年 金	有()・無			
		そ の 他 の 年 金 等	有()・無			
		障 害 名 及 び 障 害 程 度 等				
		施 設 等 へ の 入 所		有(年 月 日から)・無		
		病 院 等 へ の 入 院		有(年 月 日から)・無		
	利 用 し て い る 福 祉 サ ー ビ ス		有() 無			
そ の 他						

備考 申請者氏名を自署したときは、押印を省略することができます。