

第5条関係

厚木市在宅重度障害者介護手当支給申請書

(あて先) 厚木市長

年 月 日

申請者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり申請します。

介護者	住 所				電話	—	
	氏 名				性別	男・女	
	生年月日	. .			年齢	歳	
	障がい者との続柄						
障がい者	住 所						
	氏 名				性別	男・女	
	生年月日	. .			年齢	歳	
	障 害 の 程 度	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 ( <input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 ) <input type="checkbox"/> 児童相談所又は知的障害者更生相談所の判定 ( 知能指数 )					
世帯の状況	氏 名	性別	続柄	生年月日	年齢	職業又は学校	
		男・女		. .	歳		
		男・女		. .	歳		
		男・女		. .	歳		
		男・女		. .	歳		
		男・女		. .	歳		
振込先 銀行名等	農協 銀行	支所 支店	フリガナ 名義人	口座番号		<input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通	

※ 太線の枠内のみ記入してください。