

様式第 1 号 (第 3 条関係)

介護手当支給申請書

令和 年 月 日

佐渡市長 様

申請者 住 所

氏 名 (印)

職業

電話番号

私は、介護手当の支給を受けたいので、佐渡市介護手当支給条例第4条第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

重 度 心 身 障 害 者	ふりがな氏名		続柄	
	生年月日		年 月 日 性別 男・女	
	住所		番地（電話）	
	就学状況		未・猶・免・在学 学校名 年在学	
	障害区分		1 知的障害者 2 身体障害者 3 合併障害者 4 寝たきり 5 認知症	
	障 害 者 の 状 況	知的障害者		知能指数
身体障害者		障害の等級	第 種	第 級
		障害の区分	視・聴・肢 障害	
		交付年月日	年 月 日	
寝たきりの状態になった時期		年 月～		
認知症の状態になった時期		年 月～		
口座振替申込		金融機関名 支店 預金種別 口座番号 口座名義		