

様式第1号 (第3条関係)

春日部市在宅重度心身障害者手当支給申請書

年 月 日

春日部市長 あて

申請者 住 所

氏 名

電話番号 ()

在宅重度心身障害者手当の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

障 害 者 状 況	住 所						
	氏 名			生年月日	年 月 日 (申請時年齢 歳)		
	個人番号						
	障 害 状 況	身体障害者手帳	障害等級 手帳番号 交付年月日	級(第種) 第 号 年 月 日	有効期限	年 月 日	
	療 育 手 帳	総合判定 手帳番号 交付年月日	級(第種) 第 号 年 月 日	有効期限	年 月 日		
	精神障害者保健福祉手帳	障害等級 手帳番号 交付年月日	級 第 号 年 月 日	有効期限	年 月 日		
	手帳なし	傷病名					
保 護 者	住 所						
	氏 名						
	生年月日	年 月 日		障害者との続柄			
施設入所状況 (該当するものに○を付けてください。)		1 入所していない	施設名				
		2 入所している					
		3 通所している	(年 月 日 ~ 年 月 日)				
振 込 先 金 融 機 関	区 分	金融機関コード			支店コード		
	金融機関及び本支店名	銀行・信用金庫・信用組合 信託銀行・労働金庫・農協				本店・支店 出張所	
	口座種別 (フリガナ)	普通 ・ 当座		口座番号			
	口座名義						

※障害者手帳の写し又は障害者手帳の申請における診断項目が網羅された診断書若しくは意見書を添付してください。