

第1号様式（第4条第1項）

東金市在宅障害者福祉手当交付申請書

年 月 日

東金市長 様

申請者 住所
(介護者) 氏名 ⑩

下記の在宅障害者に係る福祉手当の支給について、関係書類を添えて申請いたします。

在宅障害者	フリガナ			性別	男 ・ 女
	氏名			生年月日	年 月 日生
	住所			電話	
	在宅重度知的障害者	手帳の程度 又は 知能指数		交付日	年 月 日決定
	ねたきり身体障害者	身体障害者手帳	有 ・ 無	障害名	
発行者		都・道・府・県	第 号	種 級	
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	備考
手当の振込先	金融機関名				
	口座名義		口座番号		

《地区担当民生委員の証明欄》

は、居宅においておおむね継続して6月以上ねたきりであり、
日常の介護は がおたつていることを証明いたします。

年 月 日

証明者 地区担当民生委員
氏名 ⑩

（注）

1. 申請者は、太線の中のみ記入し、《地区担当民生委員の証明欄》には当該在宅障害者の属する地区を担当する民生委員の証明を受けてください。
2. この申請書を提出する際、次の添付書類を提出してください。
 - (1) 在宅重度知的障害者 療育手帳又は判定書の写し
 - (2) ねたきり身体障害者 身体障害者手帳の写し又は診断書等