

塩尻市重度心身障害者家庭介護者慰労金受給資格認定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 塩 尻 市 長

住 所	塩尻市
申 請 者 氏 名	
電 話	

塩尻市重度心身障害者家庭介護者慰労金の受給資格の認定を受けたいので、申請します。

要 介 護 者	氏 名		生年月日	大昭平	年	月	日(歳)
	身体障害者手帳	番 号 ()	療育手帳				
		等 級 (種 級)					
	障害名 ()						
主 た る 介 護 者	氏 名		生年月日	大昭平	年	月	日(歳)
	住 所			要介護者との続柄			
介 護 の 状 況	令和6年11月1日～令和7年10月31日までの間で、入院・入所の期間があれば記入してください。						
	入院期間 : 合計 日間 入所日 : 年 月 日						
	入院・入所先 :						
	日常生活の状況等、家庭における介護の状況について記入してください。						
特別障害者手当受給の有無			有 (認定番号) 無				

振 込 先	金融機関名	銀行 ・ 金庫 ・ 農協 ・ 信連 ・ 信組	
	支店等名	本店 ・ 本所 ・ 支店 ・ 支所 ・ 出張所	
	口座の種類	1 普通	2 当座
	口座番号		
	(フリガナ)		
	口座名義人		