

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

大崎市長 様

申請者 住 所 大崎市
氏 名
電話番号

大崎市障害者家族介護者等介護用品助成券交付申請書

大崎市障害者家族介護等介護用品助成券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。
申請においては、交付要件の審査のため障害者の障害内容及び要介護等認定状況について大崎市が閲覧することに同意します。

記

障 害 者 の 状 況	氏 名		電話番号		
	生年月日	年 月 日(歳)	性 別	男 ・ 女	
	個人番号				
	身体障害者手帳 療育手帳	番 号	第 号(交付年月日： 年 月 日)		
		障害別・等級	下肢1級・下肢2級・体幹1級・体幹2級・療育手帳A		
	介護保険被保険者番号				
	要介護(支援)状態区分	要介護()・要支援()			
介護認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				

※ 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

申請手続代行者 (窓口での受取を 希望する・ 希望しない)

住 所	電話番号
氏名 (居宅介護支援事業所等の場合は事業所名も記入)	障害者との関係

助成券送付先 (申請者の住所以外へ送付を希望する場合は記入してください。)

郵便番号:	住所:
宛 名:	

※ 担当課記入欄

交付番号	収 受
備 考	