

様式第 1 号 (第 5 条関係) (平28規則78)

重度障害者在宅介護支援給付金認定申請書

年 月 日

大阪府知事 様

申請者

介護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

大阪府重度障害者在宅介護支援給付金の支給に関する規則第 5 条第 1 項の規定により、受給資格の認定を申請します。なお、知事が必要と認めるときは、知事が下記の事項について調査を行うことに同意します。

記

介護者

フリガナ		重度障害者 との続柄	
氏名			
住所	〒 _____		

重度障害者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名			
住所	〒 _____		

手帳情報

身体障害者 手帳	障害の程度 1 ・ 2 級	療育手帳	障害の程度 A
再認定月	年 月	再認定月	年 月

重度障害者の生活状況等

社会福祉施設（通所施設を除く。）・ 医療機関への入所・入院について	1. 入所・入院をしている。 (施設・医療機関名 _____ ) 2. 入所・入院をしていない。
特別障害者手当（20歳以上の方が対象） について	1. 受給している。 2. 認定申請中である。 3. 認定されているが、支給停止中である。 4. 受給していない。

振込口座（介護者の口座に限ります。）

金融機関名	本・支店名
	店
種別	口座名義（カナ）
普通	口座番号

市町村收受印