

重度障害者在宅介護支援給付金継続認定申請書

年 月 日

大阪府知事 様

申請者 (認定番号 大阪府 第 号)

受給資格者氏名 印

電話番号 ()

大阪府重度障害者在宅介護支援給付金を継続して受給したいので、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 8 条第 1 項の規定により申請します。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

受給資格者

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。

市町村收受印