様式第１号（第５条関係）

重度障害者介護激励金認定申請書

年　　月　　日

相　馬　市　長

住　所　相馬市

申請者

氏　名

下記のとおり重度障害者介護激励金の認定を受けたいので申請します。

重度障害者	ふりがな		生年月日	年　　月　　日生（　　歳）		男・女
	氏　　名					
	住　　所					
	手　　帳	身体障害者手帳 療育手帳	級（　　年　　月　　日交付）			
		障　害　名				
	介護保険の申請	有 無	（　　年　　月　　日申請）			
	介護が必要になった年月日		年　　月　　日			
	転入年月日（転入した場合）		年　　月　　日			
介護者	ふりがな		続柄		電話番号	（　　）
	氏　　名					
	生年月日	年　　月　　日生（　　歳）				

民生委員・児童委員証明欄

上記のとおり申請内容に相違ないことを証明します。

年　　月　　日

地区民生委員・児童委員　　氏名　　印

支払金融機関				
銀行・信金・信組・労金 農協・漁協・他（　　）	支店名	口座番号	フリガナ	
	支店		名義人	

（注）　家族全員の住民票の写を添付のうえ提出のこと。