

【記入例】

ねたきり身体障害者等福祉手当認定請求書

令和〇年△月×日

(宛先) 佐倉市長

障害者本人もしくは扶養義務者

請求者 住所 佐倉市海隣寺町97番地

氏名 佐倉 花子

ねたきり身体障害者等との続柄

(母)

電話番号 〇〇〇 (△△△) ××××

佐倉市ねたきり身体障害者等福祉手当支給条例第5条の規定により福祉手当を受けた
いので、関係書類を添えて請求します。

ねたきり身体障害者 重度知的障害者	氏名	佐倉 太郎		
	住所	佐倉市海隣寺町97番地		
生 年 月 日	平成〇年△月×日	年 齢	〇〇歳	
ねたきりになった 始 期	年 月 日	ねたきりの程度	重 ・ 中 ・ 軽	
		介護の程度	入浴 ・ 食事 ・ 排便	
手 帳	種 類	身体障害者手帳	療育手帳	
	番 号		第 号	
	等 級	種 類		
	障害名又は 次期再判定	障害名	次期再判定	年 月 日

記入不要です

(注) 療育手帳が交付されていない場合は、重度の知的障害と分かる判定書を添付して
ください。