

ねたきり身体障害者等福祉手当認定請求書

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

請求者 住 所 佐倉市

氏 名

ねたきり身体障害者等との続柄

()

電話番号 ()

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			
	住 所	佐倉市		
生 年 月 日	年 月 日	年 齢	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	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	

(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。