

茂原市重度心身障害者福祉手当認定申請書

年 月 日

(宛先) 茂原市長

申請者 住所 茂原市
氏名 印

茂原市重度心身障害者福祉手当支給条例第 5 条第 1 項により福祉手当の認定を申請します。

障 害 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	茂原市		性 別 男・女
	障 害 区 分	身 体 障 害 者	手帳番号障害程度 号 級	
		知 的 障 害 者	知能指数 IQ	A1 B1 A2 B2
介 護 者	氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	茂原市		性 別 男・女
	障害者と同居(介護)年月日		年 月 日	障害者との続柄
審 査	条例第 2 条第 号該当			