

松戸市心身障害者一時介護料助成金等申請書

年 月 日

(宛先) 松戸市長

住所

保護者 氏名

(申請者) 個人番号

電話

松戸市心身障害者一時介護料助成金等の支給を受けたいので申請します。

心身障害者	住 所											
	氏 名											
	個人番号											
	生年月日				年	月	日	(歳)				
	障害内容	身体障害			知的障害				精神障害			
	保護者との関係											
介護の委託先	住 所											
	事業者名称											
	代表者名								電話			
介護を委託した日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分	2時間未満・4時間未満・4時間以上										
	年 月 日 時 分 ~ 時 分	2時間未満・4時間未満・4時間以上										
	年 月 日 時 分 ~ 時 分	2時間未満・4時間未満・4時間以上										
介護を委託した理由 (具体的に記入)	1 家族の疾病 2 冠婚葬祭 3 その他 ()											
助成金の振込先口座 (保護者名義の口座)	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/> 振込口座を指定する (※下記口座欄記入) _____ 銀行・信用金庫・農業協同組合・信用組合 _____ 支店 普通・当座 口座番号 _____ 口座名義(ｶｷｶ) _____											

※ 介護の委託は、1回につき連続した3日間以内です(宿泊は1日でカウントします。)。
 ※ 仕事等による理由での申請は支給対象外となります。