

第1号様式

船橋市ねたきり身体障害者及び重度知的障害者介護手当申請書

年 月 日

船橋市長 あて

(〒 -)

介護者 住 所 船橋市

氏 名

船橋市ねたきり身体障害者及び重度知的障害者介護手当の支給を受けたいので、
次のとおり申請します。

ねたきり 身体障害 者等	フリガナ			生年 月日	年 月 日 (歳)	
	氏名					
	住所	船橋市				
振込先	金融機関 の名称	銀行	支店名	支店	預金 種目	普通 当座
	口座番号		カナ 名義人			

事務処理欄

受 理	申請内容確認	システム入力	入力確認