

重要事項説明書兼同意書

船橋市長 あて

年 月 日

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を受給するにあたり、下記事項について同意いたします。

なお、支給要件を欠くに至ったにもかかわらず、支給対象月以外の手当を受給した場合は、速やかに相当額を返還いたします。

記

- 1 特別障害者手当等の受給状況、施設等への入所状況、病院等への入院の状況、介護保険の認定状況、そのほか必要な情報を確認するために、手当担当職員が調査を行うことや各関係機関への照会をすること。
- 2 次のとおり届出義務があること。
 - (1) ねたきり身体障害者等の状況の届出を4月末までに行うこと。
 - (2) 申請事項に変更があった場合、申請事項変更届を速やかに提出すること。
 - (3) 支給要件に該当しなくなった場合、受給資格喪失届を遅滞なく提出すること。

住 所 船橋市

受給者（介護者）氏名

㊞

※記名押印に代えて自署することができます

住 所 船橋市

ねたきり身体障害者及び

重度知的障害者氏名

㊞

※記名押印に代えて自署することができます

※代筆も可能です