

船橋市中心身障害者一時介護料助成申請書

年 月 日

船橋市長 あて

申請者 住 所
氏 名
続 柄
電話番号

心身障害者一時介護料の助成を受けたいので、申請します。

助 成 申 請 額		円	
心 身 障 害 者	ふ り が な		
	氏 名		
	住 所	船橋市	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳)	
	身体障害者手帳	第 号	障害の級別
	療 育 手 帳	第 号	障害の程度
	精神障害者保健福祉手帳	第 号	障害等級
	発達障害者	診 断 障 害 名	
	知的機能障害者	原 因 疾 患 名	
介 護 の 委 託 先	名 称		
	住 所	電 話 番 号	
	介 護 場 所	電 話 番 号	
介 護 委 託 期 間		年 月 日 午前・午後 時 分から 年 月 日 午前・午後 時 分まで	
介 護 委 託 理 由			
振 込 先	銀行 支店		フリガナ
	普通・当座・貯蓄	口座番号	口座名義人

同意書

船橋市長あて

船橋市中心身障害者一時介護料助成の申請をするにあたり、助成事務に必要な私及び同一世帯者の住民基本台帳、手帳の取得状況等の確認をすることについて同意します。

印

(自署される方は押印を省略できます。)