

浦安市障がい者一時介護委託料等助成申請書

令和 年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
電 話

障がい者一時介護委託料等の助成を受けたいので、浦安市障がい者一時介護委託料等助成規則第6条の規定により、次のとおり申請します。

障 が い 者	住 所				
	氏 名		性 別	男・女	
	生 年 月 日	年 月 日			
	障がい者の要件	身体障害者手帳を所持・知的障がい者と判定 精神障がい者と診断			
	申請者との関係				
介 護 人	個 人	住 所			
		氏 名		電 話	
	介 護 した 場 所				
	障がい者との関係				
施 設	所 在 地				
	名 称				
	代表者の氏名		電 話		
介護を委託した期間		年 月 日 午前・午後 時 分から			
		年 月 日 午前・午後 時 分まで			
希 望 す る 支 払 方 法		<input type="checkbox"/> 窓口払い <input type="checkbox"/> 口座振替			
		金融機関名		支店名	
		口座番号			
		口座名義	㊦がナ		

※注意 1 障がい者の要件の欄は、該当するものを○で囲んでください。

2 介護人の欄は、個人の欄か施設の欄のどちらか一方の欄を記入してください。

○ 添付書類：第2号様式「浦安市障がい者一時介護証明書」