

様式第 1 号

春日市重度障害者介護手当（認定・更新）請求書						
認定を受けようとする者 （請求者）	ふりがな		住	春日市		
	氏名		所	電話		
認定の対象となる重度障害者	氏名		身体障害者手帳若しくは療育手帳			
	ふりがな		県第 号（ 年 月 日交付）		1 級 A	
	1		〔障害名〕			
	ふりがな		県第 号（ 年 月 日交付）		1 級 A	
	2		〔障害名〕			
振込先	銀行	支店	種別	口座番号	口座名義人	
	銀行 農協	支店	普・当			
家族の状況	氏名	続柄	年齢	職業又は勤務先		
		世帯主				
<p>春日市重度障害者介護手当支給規則（第 5 条第 1 項・第 6 条第 1 項）の規定により、関係書類を添えて、重度障害者介護手当の（認定・更新）を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: center;">（宛先）春日市長</p>						