

利根町重度心身障害者介護慰労金支給申請書

令和 年 月 日

利根町長 殿

住 所 利根町

介 護 者 氏 名

電 話 番 号

重度心身障害
者との続柄

利根町重度心身障害者介護慰労金支給要項に基づき、介護慰労金の支給を申請します。

氏名(重度心身障害者)	性別	障 害 等 級	生 年 月 日
			大正 昭和 平成 年 月 日

＊ 支払希望金融機関

振 込 先	金融機関名	銀行・農協 信金・労金				支店名				
	銀行コード						支店コード			
	種別	普通・当座	口座番号							
	口 座 名 義 人 (カナ)									

添付書類 ※振込先がわかるものの写し(通帳等)
 ※障害等級がわかる手帳(受給者証)の写し