

柏市在宅障害者一時介護委託料助成登録申請書

柏市長 太田和美宛

〒
住所 _____

申請者 氏名 _____

電話 _____

障害者との続柄 ()

柏市在宅障害者一時介護委託料の助成を受けたいので申請します。
なお、登録要件確認において下欄同意文に同意します。

障 害 者	住 所	※申請者に同じ 電話番号()		
	氏 名		生年月日	
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 療育手帳	<input type="checkbox"/> 精神保健福祉手帳

振込先 口座情報	金融機関名	銀行	支店	口座 番号	普通
	口座 名義(カナ)				

〈 確認事項 〉

- 当該制度は、申請者が普段専ら障害者を介護し、やむを得ず一時的に発生した介護委託料を一部助成するものです。
- 登録日以前の介護委託料は対象となりません。

〈 同意文 〉

- 助成要件の確認のため、登録期間中は申請者及び障害者の住民基本台帳、その他必要な事項に関して調査を行うことに同意します。

市処理欄	
<input type="checkbox"/> パンフレットお渡し済 <input type="checkbox"/> 利用者票お渡し済 <input type="checkbox"/> 登録要件確認	