

紀北町ねたきり高齢者等福祉保健手当認定申請書

年 月 日

紀北町長 様

申請者 住所  
氏名

㊟

手 当 を 受 け よ う と す る 者	住 所			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日

次の状態にありますのでねたきり高齢者等福祉保健手当の支給認定を申請します。

障 害 を 生 じ た 時 期	年 月 日	原 因	
--------------------	-------	-----	--

区 分	ねたきり	日常生活に介助が必要	認知症
-----	------	------------	-----

ねたきり及び日常生活上の介助の状態並びに認知症の具体的な状況			
--------------------------------	--	--	--

身体障害者手帳	種	級	療 育 手 帳	重度・中度・軽度
---------	---	---	------------	----------

備 考				
-----	--	--	--	--