

記 載 例

第5号様式 (第5条)

浦安市重度心身障がい者手当受給者現況届

○年 △月 ×日

(宛先) 浦安市長

住 所 浦安市〇〇 △-△△-△
 届出者 氏 名 浦安 花子
 受給者との続柄 母
 電話番号 〇〇〇 (△△△) ×××

浦安市重度心身障がい者手当支給条例施行規則第5条の規定により、次のとおり届け出ます。

受 給 者	フリガナ	氏名・住所・生年月日に誤りがないかご確認ください。
	氏 名	
	住 所	

① 障 が い の 内 容	<input checked="" type="checkbox"/> 重度心身障がい者である。 <input type="checkbox"/> 療育手帳 (㊤ ・ A1 ・ A2) <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (1級 ・ 2級 ・ 級) <input type="checkbox"/> ねたきり身体障がい (1か月以上・状況：) (※「ねたきり」：20歳から65歳未満で、1か月以上ねたきりで、常時介護が必要な方)
	<input type="checkbox"/> 下記の理由により重度心身障がい者でなくなった。 <input type="checkbox"/> 療育手帳の区分に変更があった。(内容： Bの1 ・ Bの2 ・ 非該当) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳の区分に変更があった。(内容：身体障害者手帳 級) <input type="checkbox"/> ねたきりの状態ではなくなった。(内容：) (※「ねたきり」：20歳から65歳未満で、1か月以上ねたきりで、常時介護が必要な方)

注 必要に応じ、受給者に、医師等の診断又は更生相談所の判定を受けていただく場合があります。

② 施 設 等 へ の 入 所 状 況	<input checked="" type="checkbox"/> 施設に入所していない。在宅である。	
	<input type="checkbox"/> 下記の施設等へ 入所している ・ 入所予定 である。 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 障害者支援施設 <input type="checkbox"/> 障害者支援施設に類する施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療型医療施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム・軽費 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ) <input type="checkbox"/> その他 (施設等の種類：)	
	所 在 地	施設に入所中又は入所予定の方は記載をお願いします。
	施 設 名	
	入所(予定)年月日	

※ 生活の本拠としている場所をご記入ください。

注 特別養護老人ホーム又は障害者支援施設に入所している場合は、国の特別障害者手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

(裏)

③ 居 住 の 実 態	<input checked="" type="checkbox"/> 現在、市内に居住している。	受給者の居住実態について、該当箇所に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 ※市内に居住していない方については、 現在の居住場所をご記入ください。
	<input type="checkbox"/> 現在、市内に居住していない。 (現在の居住場所：)	

注 手当の支給要件は、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されている重度心身障がい者です。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

添付書類

- 1 身体障害者手帳又は療育手帳の写し
- 2 特別養護老人ホーム等に入所している者については、当該施設入所に係る契約書
その他これに類する書類の写し