

(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費

特例地域相談支援給付費) 支給申請書

【 分 】

鶴岡市福祉事務所長 様

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)の支給を申請します。

フリガナ			障害福祉サービス受給者証番号			
申請者氏名	印					
個人番号			地域相談支援受給者証番号			
申請者 生年月日	年 月 日					
居住地	〒 -					
フリガナ			生年 月日	年 月 日	続柄	
支給決定に係る 児童氏名						
個人番号						
特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費請求額					円	

申請書提出者	申請者本人 申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		
氏名	申請者 との関係	
住所	〒 -	
	電話番号 ( )	

上記に関する(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)を下記の口座に振り込んで下さい。

口座 振 込 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号		
	フリガナ						
	口座名義人						

(注意) この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考