

(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

【 令和 年 月分 】

上富田町長 様

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。

申請年月日 令和 年 月 日

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								
生年月日											
居住地	〒										
		電話番号									
フリガナ		続柄									
支給決定に係る 児童氏名	印	生年月日									
		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		申請者 との関係	
氏名	印		
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。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	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およ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