

(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)
特例介護給付費等支給申請書

直方市福祉事務所長 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。

フリガナ				障害福祉サービス受給者証番号		
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						
フリガナ				生年月日	年 月 日	続柄
支給申請に係る 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			申請者との関係		
氏 名					
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