

様式第 15 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)
支給申請書

【 年 月分】

日南町福祉事務所長 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	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	〒 電話番号			
フリガナ	生年月日		続柄	
支給決定に係る 児童氏名	個人番号：		年 月 日	
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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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			種目	1 普通 2 当座 3 その他		
			口座番号			
	金融機関コード		店舗コード			
	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