

特例障害児通所給付費支給申請書
【 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障害児通所給付費の支給を申請します。

フリガナ				受給者証番号			
申請者氏名	個人番号：						
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	
給付決定に係る児童氏名	個人番号：						
特例障害児通所給付費 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		

上記に関する特例障害児通所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通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