

(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】

芦屋市長 宛

令和 年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて申請します。
 なお、請求受領は委任受領方式により、下記事業所に委託します。

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	明治 大正 昭和 平成	年 月 日			
居住地	〒				
	電話番号				
フリガナ		生年月日	昭和 平成	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	<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	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			

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