

（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】

（宛先）今治市福祉事務所長

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：		地域相談支援助給者証番号			
申請者生年月日	年 月					
居住地	〒					
フリガナ			電話番号			続柄
支給決定に係る児童氏名	個人番号：		生年月日	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	
氏名	との関係	
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		口座番号			
	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