|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | 　　 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 | □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　 |  |  | 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 |
|  |  |  |