

（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）支給申

北中城村長 殿

令和 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）の支給を申請します。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下記の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒  電話番号		

フリガナ	受給者番号										
申請者氏名											
申請者生年月日	明・大・昭・平	治・正・和・成	年	月	日	/					
居住地											
フリガナ					生年月日	年 月 日			続柄		
支給決定に係る障害児氏名					生年月日	年 月 日			続柄		
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 請求額											円

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）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											

（注意）この申請書に当該月分の領収書及びサービス提供証明書を添付して下さい。

<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