

様式第11号 (第11条関係)

(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】

尾花沢市福祉事務所長 殿

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				
				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				
フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄
支給決定に係る児童氏名				
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			
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			

(注) 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。

市記入欄

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考