

(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】

うるま市福祉事務所長 様

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 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	明・大・昭・平	年	月	日
居住地				
フリガナ			生年月日	平成・令和
支給決定に係る児童氏名	個人番号:		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 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