（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

（様式第１５号）

【　　年　　月分】

舟橋村長　　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 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 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 | | | | | |
| 口座番号 | | | | | | | |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 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 |
|  |  |  |