

（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

那須塩原市長 様

年 月 日

次のとおり、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		個人番号			
居住地						
フリガナ			個人番号			続柄
支給決定に係る 児童氏名			生年月日	年 月 日		
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 氏 名		申請者 との関係	
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ください。

振 込 先 口 座	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。

市記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備 考