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請書

特例地域相談支援給付費

基準該当療養介護医療費

（　　　　年　　月分）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

いわき市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 |  | |  |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| 申 請 者  生年月日 | 年　　　月　　　日 | | 個人番号 | | | | |  | | | | | | | |
| 居 住 地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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　基準該当療養介護医療費）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　基準該当療養介護医療費）を次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 |
|  |  |  |