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 |
|  |  |  |