

様式第13号（第12条、第20条、第29条関係）

（ 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

【 年 月分】

遠 軽 町 長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

フリガナ			障害福祉サービス受給者証番号
申請者氏名	印		
	個人番号		地域相談支援受給者証番号
生年月日	年 月 日		
居住地	〒 電話番号 ()		
フリガナ			生年月日 年 月 日
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	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 申請者以外（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ください。

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書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