

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	⑩									
	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			続柄							
	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							

※ 該当月分の領収書及びサービス提供証明書を添付すること。

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）を次の口座に振り込んでください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 支所 出張所		種目	口座番号				
	金融機関コード		店舗コード		1 普通					
					2 当座					
					3 その他					
フリガナ										
口座名義人										

※ 申請者と同一名義の口座を記載すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（次の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

（遠軽町記入欄）

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考