

特例障害児通所給付費支給申請書  
【 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		生年月日	年 月 日
居住地	〒 電話番号 ( )			
フリガナ				
給付決定に係る児童氏名			生年月日	年 月 日
	個人番号			
特例障害児通所給付費 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 ( )		

上記に関する特例障害児通所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	
	金融機関コード			口座番号			
	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