

様式第17号（第14条関係）

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			受 給 者 証 番 号			
申請者氏名	Ⓜ					
	個人番号		生年月日	年	月	日
居 住 地	〒		電話番号			
	フリガナ		続 柄			
給付決定に係る障害児氏名			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

※ 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。

特例障害児通所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 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