

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	(自署)																							
	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 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