様式第７号（第３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】　　（宛先）　桑名市長年　　月　　日　　　下記のとおり、関係書類を添えて（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）の支給を申請します。 |
| 　 | フリガナ | 　 | 障害福祉サービス受給者証番号 | 　 |
| 申請者氏名 | 　個人番号： | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 地域相談支援受給者番号 |
| 申請者生年月日 | 年　　月　　日　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　月　日 | 続柄 |
| 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 | □申請者本人　　□申請者本人以外（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証及びサービス提供証明書を添付してください。市記入欄 |
| 　 | 領収書確認欄 | サービス提供証明書確認欄 | 備考 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |
| 　 |