

(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(給付)申請書

【 年 月分】

(宛先)新潟市長

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(給付)を申請します。

フリガナ					受給者証番号					
申請者氏名										
生年月日	年 月 日									
個人番号										
居住地	郵便番号				電話番号					
フリガナ			生年月日	年 月 日		続柄				
支給決定に係る障がい児氏名			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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	郵便番号		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	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号
	フリガナ				
	口座名義人				

備考 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