様式第１２号（第１１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）支給申請 書

【　　　　年　　　　月分】

小野町長

　　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）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 | 印  個人番号： | | | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | |
| 地域相談支援受給者証番号 | | | | | | | | | | |
| 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 | 印 |
| 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下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
|  |  |  |