様式第１７号（第１６条関係）

特例障害児通所給付費支給申請書

【　　　　年　　　　月分】

　　年　　月　　日

　下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所給付費の支給を申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 受　給　者　証　番　号 |
| 申請者氏名 | 個人番号： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者生年月日 |  　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 居　　住　　地 |  |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 生年 月日 | 　　年　　月　　日 | 続柄 |
| 給付決定に係る 児　童　氏　名 | 個人番号： |  |
| 特例障害児通所給付費　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 |

上記に関する特例障害児通所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 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  |
| 口　座　名　義　人 |  |

（注意）この申請書に該当月分の領収書及び通所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 |
|  |  |  |