

特例障害児通所給付費支給申請書

【 年 月分】

貝塚市長 様

年 月 日

次のとおり、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					
申請者生年月日	年 月 日	個人番号			
居住地	〒	電話番号			
フリガナ		児童生年月日		続柄	
		年 月 日			
給付決定に係る 障害児氏名		個人番号			
特例障害児通所給付費 請求額		円			

上記に関する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。

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書及びサービス提供証明書を添付してください。

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)		
氏名		申請者 との関係	
住所	〒		
電話番号			

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