

様式第10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・
特例地域相談支援給付費支給申請書
【 年 月分】

鳥取市長 様

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				受給者証番号
申請者 (保護者)氏名	個人番号： Ⓜ			
申請者 (保護者)生年月日	年 月 日			
居住地	〒			
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	<input type="checkbox"/> 申請者(保護者) <input type="checkbox"/> 申請者(保護者)以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者 (保護者) 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下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 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。