様式第１４号(第１５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・基準該当療養介護医療費・特例障害児通所給付費）支給申請書 | 　 |
| 【　　　　　年　　月分】　廿日市市長　様　次のとおり、申請します。 |
| 　 | 受給者証番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 申請日 | 年　　月　　日　 | 　 |
| 申請者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 氏名 | 　個人番号： |
| 居住地 | 〒電話　　　　　　　　　　　　 |
| フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 支給申請に係る障害児氏名 | 　個人番号： |
| 続柄 | 　 |
| 　 |
| 　 | 特例介護給付費請求額 | 　 | 　 |
| 特例訓練等給付費請求額 | 　 |
| 特例特定障害者特別給付費請求額 | 　 |
| 特例地域相談支援給付費請求額 | 　 |
| 基準該当療養介護医療費 | 　 |
| 特例障害児通所給付費請求額 |  |
| (注)　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 | □　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　　　　　　　　　　　　　 |
| 　 |

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ列４番とする。