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。