

様式第15号(第10条関係)

年 月 日

北上市長 様

特例介護給付費等、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

フリガナ			受給者証番号
申請者氏名	個人番号：	地域相談支援受給者番号	
申請者生年月日	年 月 日		
居住地			
フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定に係る児童氏名	個人番号：		
年 月分 特例介護給付費等、特例特定障害者特別給付費、特例地域相談支援給付費申請額			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			

上記に関する特例介護給付費等、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			

備考 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。

市記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備 考