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 |
|  |  |  |