

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費償還金交付申請書

【 年 月 分】

(あて先) 千葉市長

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費）の支給を申請します。

フリガナ		受給者証番号			
申請者氏名	
居住地	〒 連絡先電話番号 FAX 番号 連絡先電子メールアドレス @				
フリガナ		続柄			
支給決定に係る 障害児氏名					
請求額			円		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）			
フリガナ		申請者		
氏名		との関係		
住所	〒 連絡先電話番号 FAX 番号 連絡先電子メールアドレス @			

上記に関する（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費）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		
	金融機関コード		店舗コード		口座番号	

	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。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考