

特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費支給申請書

【 年 月分】

年 月 日

区保健福祉センター所長

下記のとおり、関係書類を添えて特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費の支給を申請します。

申請者	障がい福祉サービス 受給者証番号		地域相談支援 受給者証番号			
	フリガナ		個人番号			
	氏名		生年月日	年	月	日
	居住地	〒			電話番号	
フリガナ		個人番号				
支給申請に係る 児童氏名		生年月日	年	月	日	
特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例地域相談支援給付費	請求額					

届出者 ()	フリガナ		代理人 代行者	申請者との関係
	氏名			
	居住地	〒		

本人が届け出る場合は、記入不要です。