

特例障害児通所給付費支給申請書
(年 月分)

(宛先)新潟市長

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所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															
申請者生年月日	年 月 日			申請者 個人番号											
居住地	郵便番号							電話番号							
フリガナ				生年 月日	年 月 日			続柄							
給付決定に係る 障がい児氏名				個人 番号											
特例障害児通所給付費 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(下の欄も記入してください。)		
フリガナ			申請者 との 関係
氏名			
住所	郵便番号		電話番号

上記に関する特例障害児通所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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 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						

備考

- 該当する□にレ印を記入してください。
- この申請書に該当月分の領収書及び通所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