

様式第13号（第12条、第17条の3、第25条の9関係）

特例介護給付費（特例訓練等給付費・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

（ 年 月分）

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	-----	生 年 月 日	年 月 日
	氏 名		受給者証番号	
	居 住 地	〒 電話番号		
支給決定に係る 児童氏名	フリガナ	-----	生 年 月 日	年 月 日
			続 柄	
特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費請求額			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	〒 電話番号		

（注）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。

上記に関する特例介護給付費（特例訓練等給付費・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
	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			

（市記入欄）

領 収 証 確 認 欄	サ ー ビ ス 提 供 証 明 書 確 認 欄	公 簿 確 認 欄	備 考