

様式第17号（第14条関係）

特例障害児通所給付費支給申請書  
【 年 月分】

遠軽町長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

フリガナ			受給者証番号							
申請者氏名	(自署)									
	個人番号		生年月日					年	月	日
居住地	〒									
	電話番号									
フリガナ			続柄							
給付決定に係る障害児氏名			生年月日					年	月	日
	個人番号									
特例障害児通所給付費 請求額										円

※ 該当月分の領収書及びサービス提供証明書を添付すること。

特例障害児通所給付費を次の口座に振り込んでください。

振込先	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通							
			2 当座							
			3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

※ 申請者と同一名義の口座を記載すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（次の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
	電話番号		

（遠軽町記入欄）

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考