

様式第1号（第3条関係）

特例介護給付費 特例訓練等給付費支給申請書

登米市長

平成 年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例介護給付費・特例訓練等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		明・大・昭・平 年 月 日					
居住地		〒						
フリガナ		電話番号				続柄		
支給決定に係る障害児氏名		生年月日		昭和 平成 年 月 日			
申請するサービス	訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 児童デイサービス		日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活・機能訓練） <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（雇用型・非雇用型）		居住系	<input type="checkbox"/> ケアホーム <input type="checkbox"/> 共同生活援 <input type="checkbox"/> 施設入所支援
	施設支援	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設（入所・通所） <input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設（入所・通所） <input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設（入所・通所） <input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設		<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設（入所・通所） <input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設（入所・通所） <input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮				
申請に係る具体的な内容							

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		申請者との関係
氏名
住所	〒		
	電話番号		

様式第3号（第5条関係）

代理受領に係る 特例介護給付費 支払請求書兼委任状
特例訓練等給付

登米市長

年 月 日付け 第 号で支給決定を受けた特例介護給付・特例訓練等給付のサービスを利用し、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、特例介護給付費・特例訓練等給付費の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

特例介護給付費・特例訓練等給付費	円
利用者負担額	円
特例介護給付費・特例訓練等給付費請求額	円

（添付書類： 領収書 実績記録票の写し）

年 月 日

請求者兼委任者 住 所 _____
(障害児の場合は保護者) 氏 名 _____ (印)

上記の受領の権限を受任しました。

年 月 日

住 所 _____
受任者 名 称 _____
(事業者) 代表者氏名 _____ (印)

【口座番号】

金融機関名	支店名	該当番号に○をつけてください。
銀行・信用組合 農協・労働金庫	本店 支店	1. 当座 2. 普通
フリガナ	口座番号（左つめで記入のこと）	
口座名義人		