

高額障害児通所給付費支給申請書

大村市長 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

フリガナ												①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法						
申請者氏名	個人番号： ⑩											制 度	受給者証番号又は被保険者証番号					
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日																
居 住 地	〒											電話番号						
フリガナ												続 柄						
給付決定に係る 児 童 氏 名												生年月日		平成 年 月 日				
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額											申請に係 るサービ ス利用月		年 月分					
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額																		
同 一 世 帯 に 属 す る 他 の 支 給 決 定 障 害 者	氏 名				生年月日				①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法									
									制 度	受給者証番号又は被保険者証番号								
	個人番号：																	
	個人番号：																	
個人番号：																		

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害児（通所・入所）給付費等を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード			店舗コード				1 普通預金 2 当座預金 3 その他					
	フリガナ												
	口座名義人												

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			