

高額障害児通所給付費支給申請書

香美市長 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 令和 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 <small>(給付決定保護者等氏名)</small>	印	制度	受給者証番号・被保険者証番号												
		②													
生年月日															
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												
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額			円	申請に係るサービス利用月											
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			円												
同一世帯に属する他の	氏名	生年月日	①障害者自立支援法②児童福祉法③介護保険法												
			制度	受給者証番号・被保険者証番号											

(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。

下記の口座に振り込んでください。

銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他	口座番号
フリガナ			
口座名義人			

請求者以外の口座に振込を希望する場合は、委任状が必要となります。

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