（様式第１０号）

高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書

横手市福祉事務所長　様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児（通所・入所）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②介護保険法	
申請者氏名 （支給決定障害者等氏名）	個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号
生　年　月　日	大正　昭和 平成　令和　　年　　月　　日		
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ		続　　柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	平成・令和　　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			

支給決定障害者同一世帯に属する他の	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・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）世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

高額障害児（通所・入所）給付費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	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

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		