

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③介護保険法										
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	⑨										
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											
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						
	個人番号 :				制度 受給者証番号・被保険者証番号						
	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		