

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)	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																
	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 1 普通預金 2 当座預金 3 その他	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード								
	フリガナ										
	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		