

（高額障害福祉サービス費 高額障害児通所給付費
高額地域生活支援事業給付費）支給申請書

 廿 日 市 市 長 様

次のとおり関係書類を添えて、（高額障害福祉サービス費 高額障害児通所給付費 高額地域生活支援事業給付費）の支給を申請します。

				申請年月日		年		月		日	
フリガナ						①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律②児童福祉法③介護保険法					
申請者氏名		個人番号：				制 度		受給者証番号又は被保険者証番号			
生 年 月 日		年				月		日			
居 住 地		〒				電話番号					
フリガナ						続 柄					
支給決定に係る障害児氏名						生年月日		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 同 給 一 決 世 定 帯 障 に 害 属 者 す 等 他 の	氏 名		生年月日		①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律②児童福祉法③介護保険法						
	個人番号：				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） 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。
- （注 3） 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。
- （注 4） 振込先の口座情報を未登録の方は、別紙「口座振替依頼書」を併せて提出してください。

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	