

高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書

遠軽町長様

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

フリガナ											① 障害者総合支援法 ② 児童福祉法										
申請者氏名	Ⓜ										制度	受給者証番号									
	個人番号																				
生年月日	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	年 月 日									
	個人番号																				
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	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											円	サービス利用月									
支同一世帯に障害する者等の	氏名		生年月日			① 障害者総合支援法 ② 児童福祉法															
			年 月 日			制度	受給者証番号														
	個人番号																				
			年 月 日																		
	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) 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。

高額障害児（通所・入所）給付費を下記の口座に振り込んでください。

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 <input type="checkbox"/> 申請者以外（下の欄に記入）	
フリガナ		
氏名	申請者との関係	
住所	〒	
	電話番号 ()	