

高額障害児通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	3 介護保険法
申請者氏名	(自署)		制 度	受給者証番号・被保険者証番号	
	個人番号				
生年月日	年 月 日				
居 住 地	〒				
フリガナ	電話番号				
給付決定に係る障害児氏名			続 柄		
	個人番号		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			円	申 請 に 係 る	年 月 分
サービス利用月の申請者等の対象費用の支払合計額			円	サービス利用月	
支 同 給 一 世 帯 決 定 に 属 する 障 害 者 等 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
		年 月 日	制 度	受給者証番号・被保険者証番号	
	個人番号				
		年 月 日			
	個人番号				
		年 月 日			
	年 月 日				
個人番号					

- ※ 支払額を証する領収書を添付すること。
- ※ 申請者と同一世帯に属する支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出すること。

高額障害児通所給付費を次の口座に振り込んでください。

振込先	銀 行	本 店	種 目	口 座 番 号				
	信用金庫	支 店		1 普通				
	信用組合	支 所			2 当座			
	農 協	出張所		3 その他				
金融機関コード	店 舗 コード							
	フリガナ							
	口座名義人							

- ※ 申請者と同一名義の口座を記載すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（次の欄に記入）	
氏 名		申請者との関係
住 所	〒	
	電話番号	