

高額障害児通所給付費支給申請書

吹田市長 宛

次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。
また、高額障害児通所給付費の支給に係る事項について公簿を確認することに同意します。

申請年月日 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 (通所給付決定保護者等氏名)			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		①												
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						申請に係 るサービ ス利用月	年 月分から 年 月分まで								
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 支 給 決 定 障 害 者	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												
			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：														

- (注 1) 支払額が公簿で確認できないときは、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。

高額障害児通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	□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		