

高額障害児通所給付費支給申請書

北中城村長 殿

令和 年 月 日

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。

申請者	フリガナ		①障害者自立支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法												
	氏名 <small>(給付決定保護者等氏名)</small>		制度	受給者証番号・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													
給付決定に係る児童氏名		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															
同一世帯決定障害者等	氏名	生年月日	①障害者自立支援法 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											

(注1) 支払額を証明する領収書を添付して下さい。
 (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を併せて提出して下さい。
 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。

口座振込依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店・支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他										
	金融機関コード		店舗コード		口座番号											
	フリガナ															
	口座名義人															

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下記の欄に記入)											
氏名		申請者との関係										
住所	〒 電話番号											

同意書											
北中城村長 殿											
上記の高額障害児通所給付費の支給に関し、必要がある場合は、私の児童福祉法に基づく利用者負担額その他、障害者自立支援法に基づく介護給付費及び補装具並びに介護保険制度における利用者負担額について、調査及び確認することに同意いたします。											
年 月 日											
申請者氏名 :				印 代筆者氏名 :				印 (続柄:)			