

高額障害児通所給付費支給申請書

(あて先) 川口市社会福祉事務所長

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。

申請年月日 年 月 日

フリガナ				
申請者氏名 (給付決定保護者等氏名)	印	生年月日		
居住地	郵便番号	電話番号		
サービスの 利用状況	根拠法令	被保険者番号・受給者番号		
フリガナ			続柄	
給付決定に係る児童氏名			生年月日	
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額	円		申請に係るサービス利用月	平成 年 月分
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			
同一世帯に属する他の支給決定障害者等	氏名	生年月日	続柄	
	根拠法令	被保険者番号・受給者番号		
	氏名	生年月日	続柄	
	根拠法令	被保険者番号・受給者番号		
	氏名	生年月日	続柄	
根拠法令	被保険者番号・受給者番号			

(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。

※裏面にも記入欄があります。

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	種目 1 普通 2 当座	口座番号					
	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（下の欄に記入してください。）

フリガナ			申請者 との関係
氏名			
住所	郵便番号	電話番号	