

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

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	①			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	〒			電話番号			
フリガナ				生年月日	年 月 日		
支給決定に係る児童氏名				続 柄			
	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等の対象費用の支払合計額				円	サービス利用月		
支 給 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					
個人番号							

- ※ 支払額を証する領収書を添付すること。
- ※ 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。

高額障害福祉サービス等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 2 当座 3 その他			
	信用組合	支所					
	農協	出張所					
	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		