高額障害児通所給付費支給申請書

年　　月　　日

　　　（宛先）旭川市長

　　高額障害児通所給付費の支給を受けたいので，次のとおり関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | ①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律　②児童福祉法　③介護保険法 |
| 申請者氏名 | 印　（個人番号：　　　　　　　　　　　　） |
| 制　度 | 受給者証番号又は被保険者証番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 年　　月　　日 | 続柄 |
| 通所給付決定に係る児童氏名 | （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 |
| サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額 |  |
| 支給決定障害者等同一世帯に属する他の | 氏　　　　名 | 生年月日 | ①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律　②児童福祉法　③介護保険法 |
| 制　度 | 受給者証番号又は被保険者証番号 |
| （個人番号：　　　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （個人番号：　　　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （個人番号：　　　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　（注）１　支払額を証する領収書を添付してください。

　　　　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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 | 銀行信用金庫信用組合農協 | 本店支店本所支所 | 口座種別 | １　普通　２　当座　３　その他 |
| 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（次の欄に記入してください。） |
| ふりがな |  | 申 請 者との関係 |  |
| 氏名 |  |  |
| 住所 | 〒電話番号　　　　　　　　　　　　 |