

高額障害児通所給付費支給申請書

(宛先) 大田区長

申請年月日 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。  
 高額障害児通所給付費の支給に関し必要がある場合は、児童福祉法に基づく給付費について区が調査及び確認をすることに同意します。

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 (給付決定保護者氏名)	④	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	郵便番号		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

- (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。

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。

振込口座	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	預金種目	※口座番号 (右づめ)
			1 普通 2 当座	
	口座カナ			
	※口座名義			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	郵便番号		電話番号

- 備考 1 訂正・削除等には、訂正印を押印してください。ただし、※印の項目は、訂正印を用いても訂正・削除等はできません。
- 2 「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」について、この様式中では、「障害者総合支援法」と記載しています。