

高額障害児通所給付費支給申請書兼高額障害福祉サービス給付費支給申請書

福知山市長 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費及び高額障害福祉サービス給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

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 (給付決定保護者等氏名)											制度	受給者証番号・被保険者証番号		
											①			
											②			
生年月日	年 月 日										③			
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										円	申請に係るサービス利用月	年 月から 年 月までの 該当する月 (別紙のとおり)		
サービス利用月の申請者の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 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			
											制度	受給者証番号・被保険者証番号		
											①			
											②			
											③			
											①			
											②			
											③			
											①			
											②			
											③			

(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及び高額障害福祉サービス給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 支所 出張所			種目 1普通預金 2当座預金 3その他	口座番号		
	金融機関コード			店舗コード						
	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(下の欄に記入)	
フリガナ		
氏名	申請者との関係	
住所	〒	
電話番号		

(別紙)

申請に係るサービス利用月及び支払額詳細

サービス 利用 年/月	本人支払額		本人以外の方の支払額			事業所名	領収年月日	市記入欄						
	障害福祉 サービスに係る 費用 (円)	障害児通所 支援に係る 費用 (円)	障害福祉 サービスに係る 費用 (円)	障害児通所 支援に係る 費用 (円)	サービス利用者 氏名			世帯における 対象費用の 支払合計額	障害福祉サー ビスに係る 対象費用 支払合計額	障害児通所給 付費に係る 対象費用支払 合計額	世帯の 負担上限額	障害福祉サー ビスに係る 給付額	障害児通所給 付費に係る 給付額	
1 年 月														
2 年 月														
3 年 月														
4 年 月														
5 年 月														
6 年 月														
7 年 月														
8 年 月														
9 年 月														
10 年 月														
11 年 月														
12 年 月														

領収書1枚につき1行に記載してください。