

浦安市高額障害児通所給付費支給申請書

(宛先)浦安市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり、高額障害児通所給付費の支給を申請します。

ふりがな		①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法												
通所給付決定 保護者氏名		制度	受給者証番号 又は 被保険者証番号											
個人番号		①												
生年月日		②												
		③												
居住地	連絡先													
ふりがな		続柄												
通所給付決定に 係る児童氏名		生年月日												
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										
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通所給付決定保護者等	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 又は 被保険者証番号									
				①										
				②										
	個人番号			③										
				①										
			②											
			③											

備考

- 1 支払額を証する領収書を添付してください。
- 2 申請者と同一世帯に属する他の通所給付決定保護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以下の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	金融機関名	本店・支店名	種目	口座番号					
	ふりがな								
口座名義人									

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(以下の欄を記入すること。)		
ふりがな			本人との関係
氏名			
住所	連絡先		