

高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書

柏市長 あて

次のとおり関係書類を添えて高額障害児（通所・入所）給付費の支給を申請します。

申請年月日 令和 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 <small>(給付決定保護者等氏名)</small>											制 度		受給者証番号・被保険者証番号																			
											①																					
生年月日	年 月 日										②																					
個人番号											③																					
居 住 地	〒										電話番号																					
フリガナ											続 柄																					
支給決定に係る 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 月分																			
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額										円																						
同 支 一 給 世 給 帯 決 に 定 属 障 す 害 る 者 他 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									
																					①											
																					②											
	個人番号																				③											
																					①											
																					②											
	個人番号																				③											
																				①												
																				②												
個人番号																				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。

受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 <input type="checkbox"/> 以下の口座を振込先とする。																					
口 座 振 替 依 頼 書	銀行 信用金庫 信用組合 ()					本店 支店 出張所 ()					種 目		口 座 番 号									
	金融機関コード					店舗コード					1 普通預金											
											2 当座預金											
											4 貯蓄預金											
ゆうちょ銀行					記号					番号												
口座名義人カナ																						
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											
氏 名											との関係											
住 所	〒										電話番号											