

# 記入例

(様式第 1 3 号)

## 高額障害児（通所・入所）給付費 支給申請書

大津市福祉事務所長 様

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 年 月 日

|                                   |                                                                                                                |      |                         |                                                                                                                    |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ                              | サービスの支給決定を受けている方の氏名、生年月日、住所等を記入。<br>18歳未満の方は「児童発達支援受給者証」の1ページ目に記載されている「通所給付決定保護者」の方となります。<br>氏名の横には必ず押印してください。 |      | 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<br>(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                                                                                                     |
| 生 年 月 日                           |                                                                                                                |      | 受給者証に記載の受給者証番号を記入。      |                                                                                                                    |
| 居 住 地                             | 電話番号                                                                                                           |      |                         |                                                                                                                    |
| フリガナ                              | 結 核                                                                                                            |      |                         |                                                                                                                    |
| 給付決定に係る<br>児 童 氏 名                | 支給決定に係る児童の氏名、生年月日等を記入。                                                                                         |      |                         |                                                                                                                    |
| サービス利用月の世帯における対象費                 | 対象サービスの支払い合計額を記入。<br>(放課後等デイサービスなど)                                                                            |      | 申請に係<br>るサービ<br>ス利用月    | サービスの利用月を記入。<br>・1月分の場合<br>例) *年*月分<br>・複数月の場合<br>例) *年*月分～*年*月分<br>・*年4月、6月、8月など利用<br>月が連続しない場合<br>例) *年4月分～*年8月分 |
| サービス利用月の申請者の対象費用                  |                                                                                                                |      |                         |                                                                                                                    |
| 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            |                                                                                                                    |
|                                   |                                                                                                                |      | 制 度                     | 受給者証番号                                                                                                             |
|                                   | 同一世帯で他に障害福祉サービス等利用者がおられる場合のみ記入。                                                                                |      |                         |                                                                                                                    |
|                                   | 個人番号：                                                                                                          |      |                         |                                                                                                                    |

(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・入所）給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|                  |           |                                 |        |         |  |  |  |
|------------------|-----------|---------------------------------|--------|---------|--|--|--|
| 口 座 振 替<br>依 頼 書 | 銀行        | 本店                              | 種 目    | 口 座 番 号 |  |  |  |
|                  | 信用金庫      | 支店                              | 1 普通預金 |         |  |  |  |
|                  | 金融機関      | 振込先口座は、原則上記に記載した「申請者」名義としてください。 |        |         |  |  |  |
|                  | 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（下の欄に記入）          |      |
| フリガナ   |                                  |      |
| 氏 名    | この申請書を提出していただく方の氏名、住所等を記入してください。 |      |
| 住 所    | 〒                                | 電話番号 |