

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

浦添市福祉事務所長 殿

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

年 月 日申請

フリガナ												①障害者自立支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法による受給者又は被保険者の場合										
申請者氏名	Ⓜ											制 度	受給者証番号又は被保険者証番号									
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日																				
居住地	〒											電話番号										
フリガナ												続 柄										
支給決定に係る障害児氏名												生年月日		昭和・平成 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																						
決定障害者等 同一世帯に属する他の支給	氏 名				生年月日				①障害者自立支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法による受給者又は被保険者の場合													
									制 度	受給者証番号又は被保険者証番号												

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- (注3) 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。

高額障害福祉サービス費等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 農業協同組合				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 3. その他							
	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															
住 所	〒														
												申 請 者 との関係			
												電話番号			