

高額障害児(通所・入所)給付費支給申請書

(宛先) 大田区長

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                           |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | 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 |  |  |  |  |  |  |  |       |                         |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | 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<br>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       |       |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請に係る<br>サービス利<br>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<br>障害者等<br>同一世帯に属する<br>他の支給 | 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 |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | 年 月 日                   |                |  |  |  |  |  |  |  |       | 制度                      | 受給者証番号・被保険者証番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                | 個人番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                         |                |  |  |  |  |  |  |  |       | ①                       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | 年 月 日                   |                |  |  |  |  |  |  |  |       | ②                       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                | 個人番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                         |                |  |  |  |  |  |  |  |       | ③                       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      | 年 月 日                   |                |  |  |  |  |  |  |  |       | ①                       |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                           |       |  |  |  |  |  |  |  |  |                      |                         |                |  |  |  |  |  |  |  | ②     |                         |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                |       |  |  |  |  |  |  |  |  | 年 月 日                |                         |                |  |  |  |  |  |  |  | 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。<br>(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。<br><input type="checkbox"/> 以下の口座を振込先とする。 |                 |        |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座振替<br>依頼書 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合  | 本店<br>支店<br>出張所 | 種目     | ※口座番号(右づめ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 金融機関コード   | 店舗コード           | 1 普通預金 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |   |                 | 2 当座預金 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 口座名義人カナ   |                 |        |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>氏 名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申 請 者<br>との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所         | 〒  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考 「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」について、この様式中では、「障害者総合支援法」と記載しています。