令和　　年　　月　　日

**（宛先）高松市長**

**高額障害児通所給付費支給申請書**

　　 次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  （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 | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 個 人 番 号 | |  | | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 居住地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | 続　　柄 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付決定に  係る児童氏名 | |  | | | | 生年月日 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額 | | | | 円 | | |
| 支給決定障害者  同一世帯に属する他の | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 | | 制　度 | | | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 年　月　日 | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | 年　月　日 | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |

注

１　支払額を証する領収書（写し）を添付してください。

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。

高額障害児通所給付費を次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 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |

令和　　年　　月　　日

**（宛先）高松市長**

**記　入　例**

**高額障害児通所給付費支給申請書**

　　 次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。

**押印してください。**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | タカマツ　タロウ | | | 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  （給付決定保護者等氏名） | | **高松　保護者**　㊞  **支給決定者（保護者）のマイナンバー制度の個人番号を記入してください。** | | | 制度 | | | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | | 昭和４３年２月１日 | | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 個 人 番 号 | | **○○○○　○○○○　○○○○** | | |  | | |  |  | |  | |  | | |  | | **電話番号を記入してください。** | |  | |  | |  | |  |
| 居住地 | | 〒７６０－８８７１ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 高松市番町一丁目８－１５　　　　　　　電話番号０８７－８３９－２３３３ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | タカマツ　ジドウ | | | | 続　　柄 | 子 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付決定に  係る児童氏名 | | 高松　児童  **振込みを希望する銀行，口座番号などを記入してください。**  **支給決定者（保護者）氏名と口座名義人は同一人物としてください。** | | | | 生年月日 | 平成１０年２月１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 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額 | | | | 円  **振込みを希望する銀行，口座番号などを記入してください。**  **支給決定者（保護者）氏名と口座名義人は同一人物としてください。** | | |
| 支給決定障害者  同一世帯に属する他の | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個 人 番 号 | | 制　度 | | | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に  二重線を引いて、**支給決定障者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。 | | 年　月　日 | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| 記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に  二重線を引いて、**支給決定障者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。 | | 年　月　日 | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | |  | |  | |  | | **振込みを希望する銀行，口座番号などを記入してください。**  **支給決定者（保護者）氏名と口座名義人は同一人物としてください。** | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
| **振込みを希望する銀行，口座番号などを記入してください。**  **支給決定者（保護者）氏名と口座名義人は同一人物としてください。** | | 年　月　日 | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  |

注

１　支払額を証する領収書（写し）を添付してください。

**振込みを希望する銀行，口座番号などを記入してください。**

**支給決定者（保護者）氏名と口座名義人は同一人物としてください。**

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。

高額障害児通所給付費を次の口座に振り込んで下さい。

**振込みを希望する銀行，口座番号などを記入してください。**

**支給決定者（保護者）氏名と口座名義人は同一人物としてください。**

記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に

二重線を引いて、**支給決定障者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口 座 振 替  依　頼　書 | 銀行  **高　松**信用金庫  信用組合 | | | | 本店  **高　松**　支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| １普通預金  ２当座預金  ３その他 | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
| 記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に  二重線を引いて、**支給決定障者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。 |  |  |  | **振込みを希望する銀行，口座番号などを記入してください。**  **支給決定者（保護者）氏名と口座名義人は同一人物としてください。** |  |  | 記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に二重線を引いて、**支給決定者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。 |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | | | タカマツ　タロウ  記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に  二重線を引いて、**支給決定障者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。 | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | 高松　太郎  記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に  二重線を引いて、**支給決定障者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。  記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に  二重線を引いて、**支給決定障者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。 | | | | | | | | | | |

記載内容について間違えて記載した際には、間違えた箇所に

二重線を引いて、**支給決定障者（保護者）氏名欄に押印した印と同じ印**を二重線の上に押印してください。