令和　　年　　月　　日

　　　（宛先）高松市長

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

　　次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等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 |
| 支給決定障害者（保護者）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 | 生年月日 |  |
| 支給決定に係る児童氏名 |  |  |
| 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 |
| 同一世帯に属する他の支給決定障害者等 | 氏名 | 生　年　月　日 | 1. 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| ： |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　注

　　１　支払額を証する領収書（写し）を添付してください。

　　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。

　　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等給付費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼書 | 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |  |  |
| 口座名義人 |  |  |  |

　令和年月日　　（宛先）高松市長

**記　入　例（児童）**

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

　　次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス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　ﾎｺﾞｼｬ |  | ①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法 |
| 支給決定障者（保護者）氏名 |  |  | 制度 | 受給者証番号・被保険者証番号**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。** |
| 高松　保護者　**印** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 昭和４３年２月１日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **電話番号を記入してください。** |
| 個　人　番　号 | **○○○○　○○○○　○○○○** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居　　住　　地 | 〒７６０－８８７１高松市番町一丁目８－１５　　　電話番号　**０８７－８３９－２３３３**　　　　電話番号　**０８７－８３９－２３３３** |
| フリガナ | ﾀｶﾏﾂ　ｼﾞﾄﾞｳ | 続柄 | 生年月日 | 平成１０年２月１日　 |
| 支給決定に係る児童氏名 | 高松　児童 | 子 |
| 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 |  |
| 同一世帯に属する他の支給決定障害者等 | 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**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。** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　注

　　１　支払額を証する領収書（写し）を添付してください。

　　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。

　　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

　　高額障害福祉サービス等給付費を次の口座に振り込んでください。

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼書 | 銀　　行**高　松**　信用金庫信用組合農　　協 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | **タカマツ** | **ホゴシャ** |  |
| 口座名義人 | **高松** | **保護者** |  |

令和　年月

令和年月日　　（宛先）高松市長

**記　入　例（介護）**

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

　　次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス費の支給を申請します。

**電話番号を記入してください。**

**押印してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | タカマツ　タロウ | （宛先）高松市長 | ①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法 |
| 支給決定障者（保護者）氏名 |  |  | 制度**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。** | 受給者証番号・被保険者証番号 |
| 高松　太郎　**印** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 昭和４３年２月１日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個　人　番　号 | **○○○○　○○○○　○○○○** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | 続柄 | 生年月日 | 年　　月　　日　 |
| 支給決定に係る児童氏名 |  |  |
| 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 |  |
| 同一世帯に属する他の支給決定障害者等 | 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**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。** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　注

　　１　支払額を証する領収書（写し）を添付してください。

　　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。

　　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

　　高額障害福祉サービス等給付費を次の口座に振り込んでください。

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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼書 | 銀　　行**高　松**　信用金庫信用組合農　　協 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード | **１** | **２** | **３** | **４** | **５** | **６** | **７** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | **タカマツ** | **タロウ** |  |
| 口座名義人 | **高　　松** | **太　　郎** |  |