高額障害児入所給付費支給申請書

年　　月　　日

　　　香川県知事　　　　　殿

申請者　居 住 地

フ リ ガ ナ

氏　　名

生年月日　　　　年　　月　　日

個人番号

連 絡 先　　　（　　　）

　次のとおり高額障害児入所給付費の支給を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | ①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　②児童福祉法 | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る児童氏名 | |  | |
| 制度 | | 受給者証番号又は被保険者証番号 | | | | | | | | | | | |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 続柄 | |  | |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 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 | | | | |  | | | |
| 支　給　決　定　障　害　者　等  同一世帯に属する他の | 氏名 | | 生年月日 | ①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　②児童福祉法　③介護保険法 | | | | | | | | | | | | | |
| 制度 | | 受給者証番号又は被保険者証番号 | | | | | | | | | | | |
| 個人番号： | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 個人番号： | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 個人番号： | |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
|  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |

（注）

１　支払額を証する領収書を添付すること。

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すること。

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すること。

４　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

　高額障害児入所給付費を次の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（下の欄に記入すること。） | | |
| フリガナ |  | 申請者  との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒  電話番号　　　（　　） | | |