

□高額障害福祉サービス費 □高額障害児通所給付費 □高額障害者地域生活支援事業費 支給申請書

川西市長 様

裏面のおり、自己負担額を支払いましたので、次のとおり関係書類を添えて、下記の支給を申請します。

□高額障害福祉サービス費 □高額障害児通所給付費 □高額障害者地域生活支援事業費

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ					制度	受給者証番号・被保険者証番号				
申請者氏名					障害福祉サービス					
個人番号	□	□	□	□	障害児通所支援					
生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日	障害者地域生活支援事業				
居住地	〒				介護保険サービス					
フリガナ					制度	受給者証番号・被保険者証番号				
支給決定に係る児童氏名					障害福祉サービス					
個人番号	□	□	□	□	障害児通所支援					
生年月日	平成 令和 年 月 日				障害者地域生活支援事業					
続柄					介護保険サービス					
同一世帯に属する他の	フリガナ				生年月日	制度	受給者証番号・被保険者証番号			
	氏名				昭和 平成 令和	障害福祉サービス				
	続柄				年 月 日	障害児通所支援				
	個人番号	□	□	□	□	障害者地域生活支援事業				
	フリガナ				生年月日	制度	受給者証番号・被保険者証番号			
	氏名				昭和 平成 令和	障害福祉サービス				
	続柄				年 月 日	障害児通所支援				
	個人番号	□	□	□	□	障害者地域生活支援事業				
	フリガナ				生年月日	制度	受給者証番号・被保険者証番号			
	氏名				昭和 平成 令和	障害福祉サービス				
	続柄				年 月 日	障害児通所支援				
	個人番号	□	□	□	□	障害者地域生活支援事業				

- (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。

上記の申請に係る振り込み先は下記の口座を指定します。

振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合	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				
	フリガナ		2 当座預金				
	口座名義人		3 その他				

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外 (右と下の欄に記入)		申請者との関係	
フリガナ			住所	〒
氏名				☎

