

高額(障害児通所給付費・障害福祉サービス費)支給申請書

(障害児通所給付費・障害福祉サービス費・地域生活支援給付費)支給申請書

フリガナ					利用制度	①障害福祉サービス ②児童福祉法 ③介護保険法 ④地域生活支援事業	
申請者氏名 (支給決定障害者等)	印				制度(①~④)	受給者証又は被保険者証番号	
	個人番号						
生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日			
居住地	〒 - 電話番号 () -						
フリガナ					続柄		
支給決定に係る 児童氏名					生年月日	平成・令和	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	利用者負担上限月額	円
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額					円	サービス利用月	年 月 分
世帯 合算 対象者	氏 名		生 年 月 日		利用制度	①障害福祉サービス ②児童福祉法 ③介護保険法 ④地域生活支援事業	
					制度(①~④)	受給者証又は被保険者証番号	
	個人番号						
	個人番号						
	個人番号						
<p>呉 市 長 様</p> <p>上記のとおり、高額障害福祉サービス費等の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請書提出者 住 所 氏 名 電話番号</p>							

(注)1 支払額を証する領収書等を添付してください。

2 世帯合算対象者がいる場合は、その人の申請書も併せて提出してください。(ただし、その人が介護保険の利用のみの場合は除きます。)

高額障害福祉サービス費等を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 金庫 農協 組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号			
			普通 当座				
口座名義人 (カタカナ)							

市記入欄

①障害福祉サービス	②児童福祉法	③介護保険法	④地域生活支援事業	高額障害福祉サービス費	
円	円	円	円	円	
計 算 式 等					

委任状

この度申請しました高額障害福祉サービス費等の受領を

住所

氏名 続柄

電話番号

に委任します。

令和 年 月 日

委任者氏名 印

注1 受給者本人以外の口座へ振り込む場合に必要です。

注2 申請の都度必要です。

申立書

私は、(令和 年 月 日死亡)の相続人
代表として、高額障害福祉サービス費等の申請(請求)と受領を申し立てます。

なお、他の相続人に対しては、私が責任をもって異議のないよう対処いたします。

令和 年 月 日

申立者 住所

氏名 印

被相続人との続柄

電話番号