様式第17号

高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書

日南町福祉事務所長　様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児（通所・入所）給付費の支給を申請します。

申請年月日　　年　月　日

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)	個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	年　月　日		
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	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	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	円		

同一世帯に属する他の支給決定障害者	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																			
			制度	受給者証番号・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してください。
（注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・入所）給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	金融機関コード				店舗コード			種目	口座番号						
								1普通預金 2当座預金 9その他							
	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）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		