（宛先）札幌市長

高額障害福祉サービス等給付費

高額障害児通所給付費　　　　　　　支給申請書

高額障害児入所給付費

札幌市　　　　区保健福祉部長

年　　月　　日

次のとおり、（高額障害福祉サービス等給付費・高額障害児通所給付費・高額障害児入所給付費）の支給について申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者証番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 支給決定障害者等  （保護者）氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 |
| 支給決定に係る  児童氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 届出者氏名 |  | | | | | | | 本人との関係 | | | | | | |  | |
| 届出者住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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(①～③) | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | 年　月　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用月 | | | | | | | 年　　　月利用分 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本人分  負担金額合計 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 世帯  負担金額合計 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込  依頼欄 | □ 公金受取口座を利用します（☑を入れた場合は以下の記載は不要）  ※当初の申請時点の公金振込口座への振込となりますので、マイナポータル等で口座を変更した場合はお申し出ください。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 銀行  信用金庫  信用組合 | | | | 本店  支店  出張所 | | | 口座種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通  2　当座  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 支店コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人氏名 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 名義人住所 | | | |  | | | | | | | | | | |