（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 |  |