

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

（ 年 月 分）

申請者	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
	居住地	〒	電話番号
	フリガナ 支給決定に係る児童氏名	生年月日	年 月 日
		続柄	
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
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対象者等	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
			制 度
			受給者証番号又は被保険者番号

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ 氏名	申請者との関係	
住 所	〒	電話番号

（注）

- 1 利用者負担額の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。
- 2 18歳（施設入所者にあつては、20歳）以上の障害者の世帯の範囲は、障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者です。

上記に関する高額障害福祉サービス等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	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種 目	1 普通 2 当座 3 その他
	金融機関コード	店 舗 コード	口 座 番 号	
	フリガナ 口座名義人			

（市記入欄）

領収証確認欄	サービス提供証明書確認欄	公簿確認欄	備 考