様式第17号

高額障がい児通所・入所給付費支給申請書

　(宛先)福岡市長

申請年月日　　　年　　月　　日

　次のとおり関係書類を添えて高額障がい児通所・入所給付費の支給を申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 給付決定保護者 | 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 |
| 氏名 | 個人番号： |
| 制度 | 受給者証番号又は被保険者証番号 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 年　　月　　日　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 居住地 | 〒　　　―　　　　　　　　　(電話　　　　　　　　　　　　) |
| 児童 | フリガナ | 　 | 続柄 | 　 |
| 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 | 　 | 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 | 　 |
| 同一世帯に属する他の支給決定障がい者等 | 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証番号 |
| 個人番号： | 年　　月　　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号： | 年　　月　　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号： | 年　　月　　日 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

(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がい者等全員分の申請書を併せて提出してください。

【受領方法】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □　**公金受取口座を利用します**（利用する場合は口座情報の記入不要）。　　※公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。* 下記口座へ振込願います。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼書 | 銀行　　信用金庫信用組合 | 本店　支店　出張所 | 種目 | 口座番号 |
| 　1　普通預金　2　当座預金　3　その他 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| フリガナ | 　 |
| 口座名義人 | 　 |

* 現金で受け取ります。
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　 |