

高額障害児（通所）給付費支給申請書

目黒区長 青木 英二 宛て

次のとおり関係書類を添えて障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第一項に規定する高額障害児（通所）給付費の支給を申請します。また、貴区が定める期間毎に対象者要件を確認し、給付額を確定することに同意します。その場合に5年を超えて対象者要件に該当しない場合は、この申請が終了したものとして取り扱って差し支えありません。なお、個人番号が未記入の場合、目黒区において住民基本台帳等を確認のうえ、個人番号を記載することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ		①障害者総合支援法②児童福祉法			
申請者氏名 <small>(給付決定保護者氏名)</small>	個人番号：	制度	受給者証番号		
		①			
生年月日	年 月 日	②			
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			
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 令和元年8月～令和2年7月までの該当する月		
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	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	
			①		
	個人番号：			②	
				③	
				①	
	個人番号：			②	
				③	
				①	
	個人番号：			②	
				③	
				①	

(注1) 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。

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んでください。

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					
	金融機関コード	店舗コード		1 普通預金 2 当座預金 3 その他					
	フリガナ								
	口座名義人								

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			申請者との関係
氏名			
住所	〒 電話番号		