

高額障がい福祉サービス費等  
高額障がい児通所給付費等

支給申請書

倉敷市長 あて

令和 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて（高額障がい福祉サービス費等・高額障がい児通所給付費等）の支給を申請します。

申請者	フリガナ			制度番号※1	受給者証番号・被保険者証番号															
	氏名																			
	生年月日	※対象者が18歳未満の場合は保護者 昭和 平成 令和 年 月 日																		
	個人番号																			
	居住地	〒 -			電話 ( ) -															
満18歳未満の場合	フリガナ			生年月日	平成 令和 年 月 日															
	支給申請に係る児童氏名			続柄																
申請にかかるサービス利用月	平成 年 月分		世帯における対象費用の支払合計額		円															
	令和 年 月分		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決定障がい者等	氏名		生年月日		制度番号※1	受給者証番号・被保険者証番号														
	個人番号																			
	個人番号																			

※1 制度番号…①障害者総合支援法、②児童福祉法、③介護保険法

- (注1) 支払額を証する全ての領収書を添付してください。
- (注2) 同一世帯とは、住民票上の世帯をいいますが、世帯範囲の特例を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- (注3) 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。
- (注4) 障がい児施設との合算の場合は、高額障がい児施設サービス費支給申請書を併せて提出してください。

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	
居住地	〒 -	
	電話 ( ) -	

