

(提出先)
川越市長

児童福祉法第21条の5の12第1項の規定による高額障害児通所給付費の支給を受けたいので、関係書類を添えて、次のとおり申請します。

フリガナ		制度	受給者証番号・被保険者証番号											
申請者氏名 (通所給付決定保護者氏名)														
個人番号														
生年月日	年 月 日													
居住地	〒 電話番号													
フリガナ		生年月日	年 月 日											
通所給付決定に係る児童氏名		申請者 との続柄												
個人番号														
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害者														
氏 名	生 年 月 日		制度	受給者証番号・ 被保険者証番号										
個人番号														
	年 月 日													
	年 月 日													
	年 月 日													
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号										
			1 普通											
			2 当座											
			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											
☐ 公金受取口座を利用します。														

- 備考
- 1 対象費用の支払額を証する領収書を添付してください。
 - 2 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。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者以外（下の欄を記入してください。）		
フリガナ		申請者 との関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		