

(提出先)
川越市長

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

フリガナ											①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②児童福祉法③介護保険法による受給者又は被保険者の場合											
申請者(障害者又は障害児の保護者)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	(郵便番号 -)										電話番号											
フリガナ											申請者との続柄											
支給決定に係る障害児氏名											生年月日					年 月 日						
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												円	申請に係るサービス利用月		年 月分							
サービス利用月の支給決定障害者等の対象費用の支払合計額												円										
同一世帯の属する他の支給決定障害者等												①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②児童福祉法③介護保険法による受給者又は被保険者の場合										
氏名						生年月日						制度	受給者証番号又は被保険者証番号									
						年 月 日																
個人番号																						
						年 月 日																
個人番号																						
口座振替依頼欄	銀行			本店			種目		口座番号													
	信用金庫			支店			1 普通															
	信用組合			支所			2 当座															
	農業協同組合			出張所			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																						
<input type="checkbox"/> 前回と同じ口座に振り込む																						

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)																			
フリガナ											申請者との関係									
氏名																				
住所	(郵便番号 -)										電話番号									

備考

- 1 支払額を証する領収書を添付してください。
- 2 18歳以上(入所施設利用者は、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。
- 3 申請者と同一世帯に属する他の支給決定障害者等について、その全員分の申請書を併せて提出してください。
- 4 個人番号の欄は、前回申請時の個人番号と変更がない場合には、記入を省略することができます。