

高額地域生活支援サービス費支給申請書

美濃加茂市長（氏名）宛

次のとおり関係書類を添えて高額地域生活支援サービス費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		①障害福祉サービス ②地域生活支援事業										
申請者氏名 ※児童の場合は保護者		制度	受給者証番号・被保険者証番号									
生年月日	年 月 日											
居住地	〒 電話番号											
フリガナ		続柄										
支給決定に係る 障害児氏名		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		円	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		円										
支給決定 障害者 同一世帯に 属する 他の	氏名	生年月日	①障害福祉サービス ②地域生活支援事業									
			制度	受給者証番号・被保険者証番号								

- ※1 支払額を証する領収書を添付してください。
- ※2 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- ※3 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。

高額地域生活支援サービス費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	金融機関コード	店舗コード	種目	口座番号							
			1 普通								
			2 当座								
			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	