

様式第20号（第12条関係）

高額障害福祉サービス費支給申請書

美濃加茂市福祉事務所長 宛

年 月 日

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス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			
申請者氏名 (支給決定 障害者等氏名)				制 度	受給者番号・被保険者番号		
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	令和 年	
サービス利用月の申請者の 対象費用の支払合計額				円		月 分	
同一世帯に属する他の 支給決定障害者	氏 名	生年月日		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			
		年 月 日		制 度	受給者番号・被保険者番号		
		年 月 日					
		年 月 日					

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注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。
- (注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。

高額障害福祉サービス費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫			本店	口 座 番 号	
	農 協 郵便局			支店		
	金融機関コード	店舗コード	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				
居 住 地	〒 -		電話番号 - -	