記載例　児童

高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書

町田市長　　様

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等の支給を申請します。

申請年月日　２０１９年００月００日

フリガナ	マチダ　タロウ	制度①障害者総合支援法 ②介護保険法 ③補装具	
申請者氏名 （支給決定障害者等氏名）	町田　太郎	制度番号	受給者証番号・被保険者証番号
個人番号	０００００００００００		
生年月日	明治 大正 昭和 平成　００年００月００日		
居住地	〒194-0000　町田市森野０丁目０番０号 電話番号 042-000-0000		

支給決定に係る児童氏名	氏名	生年月日	制度①障害者総合支援法 ③補装具 ④児童福祉法									
			制度番号	受給者証番号・被保険者証番号								
	町田　長女	平０・００・００	①	０	０	０	０	０	０	０	０	０
			④	０	０	０	０	０	０	０	０	０
		平　・　・										

サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額	空欄で構いません　円	申請に係るサービス利用月	２０１７年〇月分

同一世帯に属する他の支給決定者	氏名	生年月日	制度①障害者総合支援法 ②介護保険法 ③補装具									
			制度番号	受給者証番号・被保険者証番号								
	個人番号：	・　・										

（注１）支払額を証する領収書（原本）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を記載してください。
（注４）補装具は申請した月が利用月となります。また補装具の受給者番号の箇所には、補装具名を記入してください。

高額障害福祉サービス等給付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 信用組合	本店 △△　支店 出張所	種目 １普通預金 ２当座預金 ３その他	口座番号 X X X X X X X
	金融機関コード x x x x	店舗コード x x x		
	ﾌﾘｶﾞﾅ	マチダ　タロウ		
	口座名義人	町田　太郎		

申請書提出者	☑申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

確認日	※記入不要
確認者氏名	