

様式第 14 号 (第 14 条関係)

高額障害児通所給付費支給申請書

八雲町長 様

次のとおり申請します。

		申請日	年 月 日
保護者	氏 名	対象児童 氏 名	
	住 所	電話番号	

申請に係るサービス利用年月		年 月 分			
サービス利用月における対象費用	上記対象児童	制度名	受給者証番号又は被保険者証番号	支払額	
				円	
				円	
				円	
	合計			円	
	同一世帯に属する他の支給等の決定を受けた者	受給者氏名・個人番号	制度名	受給者証番号又は被保険者証番号	支払額
					円
					円
					円
					円
					円
					円
		合計			円

(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。

口座振替依頼欄	金融機関名	店舗名	種 目	1 普通預金	2 当座預金	9 その他
			口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	フリガナ			
			口座名義人			