様式第２４号（第１２条関係）

高額障害福祉サービス費支給申請書

熊谷市長　　宛

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。

申請年月日　　年　月　日

フリガナ		①障害者自立支援法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	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日			
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名		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	37,200円	申請に係るサービス利用月	平成２４年12月
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額	60472円		

同一世帯に属する他の支給決定障害者等	氏名	生年月日	①障害者自立支援法②児童福祉法③介護保険法	
			制度	受給者証番号・被保険者証番号

（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 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

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		申請者との関係	
氏名	㊞		
住所	〒 電話番号		