

高額地域生活支援サービス費支給申請書

柏崎市長 様

次のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者 (児童の 保護者)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 障害児氏名		続 柄	
サービス利用月の世帯における対象費用(※1)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	
他の同一世帯に属する利用者	氏 名	生年月日	※1 対象費用 基準費用の利用者負担相当額(1割)であり、食費・光熱水費等の実費相当額は含まれません。	

(注1) 支払額を証明する書類を添付してください。

(注2) 申請者と同一世帯の他の地域生活支援事業利用者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の対象となるサービスは、以下の地域生活支援事業のサービスです。

- (1) 移動支援事業
- (2) 地域活動支援センター事業Ⅱ型
- (3) 日中一時支援事業
- (4) 訪問入浴サービス事業

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。(申請者の口座に限る。)

口座振替 依頼書	銀行・金庫 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 (以下記入不要) <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入してください)								
フリガナ			申請者 との関係						
氏 名									
住 所	〒		電話番号						