

地域生活支援事業利用者負担超過負担額支払申請書

(あて先) 中央区長

次のとおり関係書類を添えて、地域生活支援事業利用者負担超過負担額の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ			受給者証番号		
申請者氏名			利用者負担 上限月額		
生年月日	年	月	日	円	
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
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			円	申請に係るサービス 利用月	年 月分
支払いの内訳	サービスの名称		負担額		

(注1) 地域生活支援サービス受給者証及び障害福祉サービス受給者証を提示してください。

(注2) 請求書及び支払額を証する領収書を添付してください。

地域生活支援事業利用者負担超過負担額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	<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		
住所	〒	電話番号 ()