第　　　　　　号

　年　月　日

窓空宛名

市町村長　印

高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ

**固定文言１**

下記のとおり、高額障害児（通所・入所）給付費の支給対象となる可能性がありますのでお知らせします。

　　　　　対象年月毎の支給予定額は、別紙のサービス利用年月別明細をご参照ください。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | 生年月日 |  |
| 対象年月 |  | | |
| 自己負担額 |  | 支給（予定）額 |  |

支給を希望する場合は、同封の「高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書」を下記宛に提出してください。

**固定文言２＋編集１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |

**自由記載１**