

政令第43条の5第6項に規定する
高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

八雲町長 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ													①障害者総合支援法 ②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		
個人番号																
生年月日	年 月 日															
居住地	〒															
														(電話番号)		
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額																円
申請に係るサービス利用月																年月分
65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無												<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				

(注1)生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載(本人支払額があれば分けて記載)して下さい。

(注2)支払額を証する領収書を添付して下さい。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			種目	1普通預金	2当座預金	9その他
	金融機関コード			店舗コード			口座番号			
	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)