

令第四十三条の五第六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

吹田市長 様

次のとおり関係書類を添えて障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

また、高額障害福祉サービス等給付費の支給に係る事項について、公簿を確認することに同意します。

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ											
申請者氏名	① 受給者証番号（障害者総合支援法） ② 被保険者証番号（介護保険法）										
生年月日	年	月	日	①							
				②							
居住地	〒										
	電話番号										
サービス利用月の障がい福祉相当介護保険サービス支払額（注）	申請に係る障がい福祉相当介護保険サービスの利用月			年 月分 ～ 年 月分 までの該当する月 （ 年度分）	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）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）してください。

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 9 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		