

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

太枠の中のみ記載し、御提出をお願いします

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。

※対象者の氏名、生年月日、居住地を記入

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ	スイタ タロウ	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）									
申請者氏名	吹田 太郎	※介護保険証記載の(被保険者)番号を記入									
生 年 月 日	昭和 32 年 1 月 1 日	②	0	0	0	0	0	0	0	0	0
居 住 地	〒 564 - 8550 吹田市泉町 1-3-40 電話番号 06-6384-1346										
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		☐ 無 ☐ 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。

※御本人様名義の口座を記入

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	本店	種目	口座番号						
	吹田 信用金庫	吹田 支店	1 普通預金	1	2	3	4	5	6	7
	信用組合	出張所	2 当座預金							
	金融機関コード	店舗コード	9 その他							
	0 0 0 0	0 0 0								
	フリガナ	スイタ タロウ								
	口座名義人	吹田 太郎								

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☒ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ	スイタ ハナコ	申 請 者 との関係	子
氏 名	吹田 花子		
住 所	〒 564 - 8550 吹田市泉町 1-3-40 電話番号 06-6384-1346		