

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

吹田市長 あて

次のとおり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 年 月 日

フリガナ		①障害者総合支援法②児童福祉法③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														
フリガナ		続柄													
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年 月 日												
サービス利用期間の世帯における対象費用の支払い合計額		円	申請に係るサービス利用期間												
サービス利用期間の申請者の対象費用の支払い合計額		円													
他の 同一世帯に属する 支給決定障害者	氏 名	生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法												
			制度	受給者証番号 ・ 被保険者証番号											

(注1) 支払額が公簿で確認できない時は領収書を添付してください。

(注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

(注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

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ください。

口座振替 依頼書					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	☐ 申請者本人 ☐ 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			