

高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費 支給申請書

(提出先) 区保健福祉センター所長

申請年月日 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて「高額障がい福祉サービス等給付費(※1)・高額障がい児(通所・入所)給付費」の支給を、裏面の同意事項に同意のうえ申請します。

フリガナ											①障害者総合支援法(※2)②児童福祉法③介護保険法										
申請者氏名	印										制 度	受給者証番号又は被保険者証番号									
生年月日	年			月			日														
個人番号											補装具	□有・□無									
居住地	〒										電話番号										
フリガナ											続 柄										
支給(給付)決定に係る児童氏名											生年月日	年			月			日			
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額											円	申請に係るサービス利用月	年			月 分					
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額											円										
同一世帯に属する他の支給決定障がい者等	氏 名		生年月日			①障害者総合支援法(※2)②児童福祉法③介護保険法															
			個人番号			制 度	受給者証番号又は被保険者証番号														
			年 月 日																		
						補装具	□有・□無														
			年 月 日																		
						補装具	□有・□無														
			年 月 日																		
						補装具	□有・□無														
			年 月 日																		
						補装具	□有・□無														

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

高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児(通所・入所)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 3 その他						
	フリガナ												
	口座名義人												

※1 障害者総合支援法(※2)施行令第四十三条の五第一項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費

※2 障害者総合支援法…「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」

◎裏面もご確認ください



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		

### 同意事項

- ① 本高額障がい福祉サービス等給付費、高額障がい児通所給付費、高額障がい児入所給付費（以下「本高額障がい福祉サービス等給付費等」という。）の審査にあたり、私及び世帯員の課税状況、本高額障がい福祉サービス等給付費等の算定に係る各サービスの利用状況及び介護保険利用状況について、個人番号を用いる等して、課税台帳、介護保険給付台帳等の関係公簿を照会し、かつ閲覧または必要な資料の提供を他の行政機関に求めることを同意します。
- ② すでに支給した本高額障がい福祉サービス等給付費等の額が変更になった場合、以降の支給時において、額の調整が行われることに同意します。