

高額障がい福祉サービス等給付費支給申請書

(介護保険サービス利用者負担相当額の支給に関するもの)

記入例

(提出先) 大阪市長

申請年月日 令和 2 年 6 月 2 日

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第六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費の支給を、裏面の同意・委任事項に同意のうえ申請します。

フリガナ	オオサカ タロウ		①障がい福祉サービス受給者証番号	
申請者氏名	大阪 太郎		2 2 3 7 8 9 0 1 2 1	
生年月日	明・大・ 昭 ・平 15 年 9 月 1 日		②介護保険法被保険者証番号	
個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		4 2 7 7 2 6 5 7 6 7	
居住地	〒 530-8201 大阪市北区中之島1-3-20		電話番号 06(6531)8200	
送付先住所	〒 ※居住地とは異なる住所への送付を希望する場合のみ記載してください。			
65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給の有無	<input type="checkbox"/> あり	<input checked="" type="checkbox"/> なし	申請に係るサービス利用月	30年 4月分
市町村民税の状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税 (<input type="checkbox"/> 生活保護)			
サービス利用月の障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスの支払額(自己負担額)				
訪問介護	500円	通所介護	500円	
短期入所生活介護	円	地域密着型通所介護	円	
小規模多機能型居宅介護	円	合計額	1,000円	

高額障がい福祉サービス等給付費の支給決定額を下記の口座に振替されるよう依頼します。

口座振替 依頼書	銀行	大阪 信用金庫 信用組合	本店 大阪 支店 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード	1 1 9 2	店舗コード	3 7 5	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	7 8 9 7 8 9
	フリガナ	オオサカ タロウ				
口座名義人	大阪 太郎					

◎裏面もご確認ください

申請書提出者	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者
氏名			
住所	〒	電話番号	()

配偶者記入欄	申請者同一の世帯に属する配偶者がいる方は、下記に記入してください。		
フリガナ	オオサカ ハナコ	生年月日	明・大・ 昭 ・平 17年 7月18日
氏名	大阪 花子		

個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
------------------	-------------------------

マイナンバーカード(通知カード)に記載されている
12けたの番号を必ず書いてください。

必要書類:

- 正しいマイナンバーであることの確認ができる書類
 - 個人番号カード、通知カード、個人番号が記載された住民票のコピーなど
- 本人確認ができる書類
 - ア) 1点で確認できる書類(顔写真つきで、氏名、生年月日または住所の記載があるもの)
 - 個人番号カード、運転免許証、パスポート、身体障がい者手帳、療育手帳、精神障がい者保健福祉手帳など
 - イ) 2点で確認できる書類
 - 健康保険証、年金手帳、特別児童扶養手当証書、障がい福祉サービス受給者証、障がい児通所(入所)受給者証 など

①②のコピーを申請書と一緒に郵送してください。
※②イ)の書類の場合、2点送付していただく必要があります。

直近に利用された介護サービスの年と月を書いてください。
また、利用された介護サービスのお支払いになられた金額を書いてください。

⑤生活保護法に基づく介護扶助受給期間中に支給される本高額障がい福祉サービス
※「市町村民税の状況」欄で、生活保護 と記入された場合は
支払額及び口座振替依頼書の記入は不要です。