

(その1)

浦安市高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

申請年月日 年 月 日

(宛先)浦安市長

次のとおり、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43条の5第1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。

ふりがな														①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法											
支給決定障害者等(保護者)氏名														制度	受給者証番号 又は 被保険者証番号										
個人番号															①										
生年月日														②											
														③											
居住地														連絡先											
ふりがな														続柄											
支給決定に係る児童氏名														生年月日											
個人番号																									
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額															申請に係るサービス利用月										
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額																									
同一世帯に属する他の支給決定障害者等	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 又は 被保険者証番号									
	個人番号														①										
	個人番号														②										
	個人番号														③										
	個人番号														①										
個人番号														②											
個人番号														③											

備考

- 1 支払額を証する領収書を添付してください。
- 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。
- 3 申請者と同一世帯に属する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以下の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	金融機関名			本店・支店名			種目	口座番号					
	ふりがな												
	口座名義人												
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。													

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等(保護者)本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(以下の欄を記入すること。)												
ふりがな													
氏名							本人との関係						
住所	連絡先												

