

令第 43 条の 5 第 6 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

三木町長 殿

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ			①障害者総合支援法 ②介護保険法		
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	個人番号:	制度	受給者証番号・被保険者証番号		
生年月日	年 月 日				
居住地	電話番号				
サービス利用月の 障害福祉相当介護 保険サービス支払 額		申請に 係るサ ービス 利用月	年 月分	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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。

(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

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						

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		