

政令第43条の5第1項の規定による高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

年 月 日

小田原市福祉事務所長 様

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項の規定による高額障害福祉サービス等給付費の支給を次のとおり申請します。

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	受給者証番号又は被保険者証番号										
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									
個人番号																								
サービス利用月の世帯における対象費用支払合計額												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支払合計額												円												
支同一世帯に属する他の	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										
	個人番号													制 度 受給者証番号又は被保険者証番号										
	個人番号																							
	個人番号																							

- 注1 支払額を証する領収書を添付してください。
 2 18歳以上の場合、「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。
 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。

この申請に係る高額障害福祉サービス等給付費を次の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協			本店 支店 支所 出張所			種 目	普通 ・ 当座				
	金融機関コード			店舗コード			口 座 番 号					
	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)										
氏 名						申請者との関係					
住 所	〒										
電話番号											