

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

（宛先）大田区長
 次のとおり必要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、口座への振替を依頼します。
 高額障害福祉サービス等給付費の支給に関し必要がある場合は、障害福祉サービスにおける自己負担額、介護保険制度における利用者負担額、補装具の購入又は修理に要した費用及び児童福祉法に基づく給付費について区が調査及び確認をすることに同意します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		利用している制度	受給者証・被保険者証の番号			
申請者氏名	個人番号： ㊦	①障害者総合支援法				
		②児童福祉法				
生年月日	年 月 日	③介護保険法				
居住地	郵便番号		電話番号			
フリガナ		生年月日	年 月 日	続柄		
支給決定に係る児童氏名						
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	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						
同一世帯に属する他の支給決定障害者等	氏名	生年月日	利用している制度 （□にチェック）	受給者証・被保険者証の番号		
	個人番号：	年 月 日	①□ ②□ ③□	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：	年 月 日	①□ ②□ ③□			
	個人番号：	年 月 日	①□ ②□ ③□			

- （注） 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。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	支店 出張所	預金種目	1 普通	2 当座	
			※口座番号（右づめ）			
	金融機関コード	店舗コード				
	口座カナ					
※口座名義						

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外（下の欄に記入してください。）				
フリガナ		申請者との関係			
氏名					
住所	郵便番号		電話番号		

備考 1 訂正・削除等には訂正印を押印してください。ただし、※印の項目は訂正印を用いても訂正・削除等できません。
 2 「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」について、この様式中では、「障害者総合支援法」と記載しています。