

記入例

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

東大阪市長 様

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の五第一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。

申請する年月日を記入

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ	ヒガシオオサカ タ	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)	東大阪 太郎 個人番号： 123123123123	押印は不要です	制度 受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	明治 大正 昭和 平成 令和 ●年 ●月 ●日	①障害者総合支援法	0 0 0 1 2 3 1 2 3 1
居住地	〒577-8521 東大阪市荒本北一丁目1-●	②児童福祉法	該当する制度の受給者証番号を記入してください。
フリガナ	フセ ハナコ	③介護保険法	
支給決定に係る児童氏名	布施 花子	続柄	子
サービス利用月の世帯における対象費用	利用者が18歳未満の場合のみ、記入してください。	生年月日	昭和 平成 令和 ●年 ●月 ●日
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額		青に係るサービス利用月	年 月分
同一世帯に属する他の	氏名	河内 次郎 個人番号： 123123123321	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法
	生年月日	平成●年●月●日	制度 受給者証番号・被保険者証番号
	個人番号		①障害者総合支援法 0 0 0 1 2 3 1 2 3 2
	個人番号		②児童福祉法
			③介護保険法

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
(注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、申請書に「特例適用あり」を記入してください。
(注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等がいない場合は、個人番号欄を空白で結構です。

高額障害福祉サービス等給付費が振り込まれる金融機関名、支店名、および口座番号を記入してください(金融機関コード、店舗コードが不明の場合は空白で結構です)。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込めます。

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	1 2 3 4	店舗コード	1 2 3	①普通預金	0 1 2 3 1 2 3					
	フリガナ	ヒガシオオサカ タロウ					②当座預金				
	口座名義人	東大阪 太郎					③その他				

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	
氏名	届出者が申請者本人の場合は、チェックのみで結構です。本人以外の場合は、氏名、申請者との関係、住所、連絡先を記入してください。
住所	〒 電話番号