

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

大竹市長 様

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 6 項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を、裏面の同意・委任事項に同意の上、申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		個人番号	
申請者氏名	㊦	生年月日	
住 所			
電 話 番 号			
障害者総合支援法 受給者番号		介護保険法 被保険者証番号	
申請に係るサービス利用月			
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			
65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

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ください。

金融機関名							
金融機関コード				店舗コード			
種目	<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他 ()						
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 (下記の記入は不要です) <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下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			
電話番号			

同意・委任事項

- 1 本高額障害福祉サービス等給付費の審査にあたり、私及び配偶者の課税状況及び介護保険利用状況について、個人番号を用いるなどして、課税台帳、介護保険給付台帳等の関係公募を照会し、閲覧又は必要な資料の提供を他の行政機関に求めることに同意します。
- 2 すでに支給した本高額障害福祉サービス等給付費の額が変更となった場合、以降の支給時において、額の調整が行われることに同意します。
- 3 介護保険法において支給される高額介護サービス費又は高額医療合算介護サービス費のうち、すでに本高額障害福祉サービス等給付費で支給された重複分に相当する額について、私に代わって受領し、かつ受領した額を大竹市に納入することを大竹市長に委任します。
- 4 生活保護法に基づく介護扶助受給期間中に支給される本高額障害福祉サービス等給付費について、当該扶助受給期間中は、本申請以降、申請書による手続きを行わなくても、私に代わって申請及び受領し、受領した額を大竹市に納入することを大竹市長に委任します。