

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

年 月 日

(提出先)
川越市長

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。

フリガナ											①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 ②介護保険法																												
申請者名																																							
個人番号											制度	受給者証番号又は被保険者証番号																											
生年月日	年 月 日																																						
居住地	(郵便番号 -)										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の支払額(注)										(円)										65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の有無										有・無									
申請に係るサービス利用月										年 月 分																													
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合					本店 支店 支所 出張所					種目					口座番号																							
	金融機関コード					店舗コード					1 普通 2 当座 3 その他																												
	フリガナ																																						
	口座名義人																																						
	<input type="checkbox"/> 前回と同じ口座に振り込む																																						

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									

(注) 生活保護制度における介護扶助等を受けている場合はその金額を記入し、別に本人の支払額がある場合は括弧内にその金額を記入してください。

備考

- 1 障害福祉相当介護保険サービスの支払額を証する領収書を添付してください。
- 2 個人番号の欄は、前回申請時の個人番号と変更がない場合には、記入を省略することができます。