

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

(宛先) 富山市長

次のとおり高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

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											制 度	受給者証番号・被保険者証番号										
生 年 月 日	年 月 日																					
個 人 番 号																						
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									
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																						
65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無										☐ 無 ☐ 有												
支 同 給 一 世 帯 決 定 に 障 害 す る 者 他 等 の	氏 名	生年月日	個人番号	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法																		
				制 度	受給者証番号・被保険者証番号																	

- (注) 1 支払額を証する領収書を添付してください。
- 2 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。
- 3 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助費等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。

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 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				店舗コード			1普通預金								
								2当座預金								
								3その他								
	フリガナ															
口座名義人																

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)																				
フリガナ											申 請 者 と の 関 係										
氏 名																					
住 所	〒										電話番号										