**高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（令第四十三条の五第六項）**

柏市長　　あて

　　 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六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。

申請年月日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ①障害者総合支援法　②介護保険法 |
| 申請者氏名 | 個人番号： | 制度 | 受給者証番号・被保険者証番号 |
| 生年月日 | 　 年　　　　　月 　　　　日 | ① |  |
| ② |  |
| 居住地 | 〒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支払額（注） |  | 申請に係るサービス利用月 |  | 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 |

（注）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下記の口座に振り込んでください。

（上記利用分について生活保護制度による介護扶助を受けており，委任状の提出がある方は記載不要）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| １普通預金２当座預金９その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人（カナ） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 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　　　　（　　　　） |

|  |
| --- |
| **同意書**申請にあたり，私及び配偶者の課税状況，介護保険サービスの給付状況，生活保護受給状況等について公簿等の確認及び関係機関へ照会を行うことについて同意します。**申請者氏名** |