

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支給申請書

香美市長 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・委任事項に同意のうえ申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ			制度	①障害者総合支援法 ②介護保険法	
申請者氏名			受給者証番号・被保険者証番号		
生年月日			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	円	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有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

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。

口座振替依頼書	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所			
	種目		口座番号			
	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座					
	フリガナ					
	口座名義人					

※通帳の写しを添付してください。

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・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簿を照会し、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。