

高額障害福祉サービス等・障害児(通所・入所)給付費等支給申請 明細書

(介護保険サービスとの合算対象者用)

フリガナ	
申請者氏名	

高額介護(予防)サービス費または高額医療合算介護サービス費の償還払いについて申告します。
 また、高額障害福祉サービス等・障害児(通所・入所)給付費等支給申請書に領収書を添付できないため、次のとおり障害福祉サービス等事業所または補装具購入業者に支払った利用者負担額を申告します。
 なお、調査の結果、事業所が市に請求した障害福祉サービス等利用者負担額及び高額介護(予防)サービス費または高額医療合算介護サービス費と申告金額が異なる場合は、調査結果にもとづく利用者負担額によって支給決定されることに同意します。

1 高額介護(予防)サービス費・高額医療合算介護サービス費 申告欄

(1) 申請状況

高額介護(予防)サービス費・高額医療合算介護サービス費の申請	申請している・申請していない(⇒申請予定あり・なし)・不明
--------------------------------	-------------------------------

(2) 償還給付額(償還給付を受けている場合のみ記入してください。)

<注>償還金額がわかるものを添付してください。償還給付を受けているが金額がわからない場合は、不明に○印を記入してください。

高額介護(予防)サービス費 高額医療合算介護サービス費	円・(不明)	振込日付	年 月 日
--------------------------------	--------	------	-------

2 サービス利用者負担額 申告欄

サービス利用月	年 月
---------	-----

<注1>領収書が添付できない場合のみ記載してください。

<注2>サービスを利用しているが金額がわからない場合は、不明に○印を記入してください。

【障害福祉サービス・障害児通所支援・障害児入所支援・移動支援・日中一時支援】

No	事業所名	申告金額	No	事業所名	申告金額
1		円・(不明)	4		円・(不明)
2		円・(不明)	5		円・(不明)
3		円・(不明)	6		円・(不明)

【介護保険サービス】

No	事業所名	申告金額	No	事業所名	申告金額
1		円・(不明)	4		円・(不明)
2		円・(不明)	5		円・(不明)
3		円・(不明)	6		円・(不明)

【補装具費】

No	購入業者名	申告金額	No	購入業者名	申告金額
1		円・(不明)	2		円・(不明)

【市 記入欄】

		領収書等番号	領収書 合計金額	(申告額+領収書) 合計金額
1	障害者総合支援法 介護給付費等			
2	障害児(通所・入所)給付費			
3	補装具			
4	介護保険			
5	高額介護(予防)サービス費 高額医療合算介護サービス費		(控除) ▲	(控除) ▲
	合計			