

記入例

<※ 領収書が添付できない場合のみ提出してください> 世帯の申請明細書 1枚の内 1枚目

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以外用)

フリガナ 申請者氏名	フリガナ 支給決定に係る 児童氏名
---------------	-------------------------

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。

サービス利用月	令和 4 年 5 月	1ヶ月ごとに1枚ご記入ください。
---------	------------	------------------

<注> 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	あまがさきデイサービス	4,600 円・(不明)	6		
2	あまがさき ヘルパーステーション	4,600 円・(不明)	7		
3		円・(不明)	8		
4		円・(不明)	9		
5		円・(不明)	10		円・(不明)

領収書が紛失等添付できない場合に、利用者負担額をご記入ください。
(利用料から実費負担部分のはのぞきます)

※サービスを利用しているが、利用者負担額がわからない場合は、「不明」に○印をしてください。
なお、領収書の添付がなく申告額と調査した金額が異なる場合は、調査結果による金額にもとづき給付額を決定します。

【補装具費】

No	購入業者名	申告金額	No		
1	あまがさき製作所	37,200 円・(不明)			

同じ月に購入した補装具の利用者負担額の合計金額をご記入ください。

確認できる書類とは、
「補装具費支給決定通知書」に記載している
「支給決定日」=サービス利用月
「利用者負担額」=申告金額

※補装具を購入しているが、利用者負担額がわからない場合は、「不明」に○印をしてください。
なお、領収書の添付がなく申告額と調査した金額が異なる場合は、調査結果による金額にもとづき給付額を決定します。

【市 記入欄】

	領収書等番号	領
1 障害者総合支援法 介護給付費等		
2 障害児通所給付費		
3 障害児入所給付費		
4 補装具		
5 介護保険 (→別様式へ)		
総合計		