

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

高額医療合算介護サービス費は、毎年8月から翌年7月の医療と介護の自己負担合算後の限度額を超えた場合、医療保険者に申請後に償還給付されます。

サービス利用月に該当する償還申請の有無、すでに償還給付されている場合はその金額をご記入ください。

※償還給付額がわからない場合は、「不明」に○印をしてください。

なお、償還金額がわかる書類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併給調整のうえ給付額を決定します。

高額介護（予防）サービス費
また、高額医療合算介護サービス費
なお、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併給調整のうえ給付額を決定します。

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

(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	10,000 円 ・(不明)	振込日付	令和3年6月30日
--------------------------------	----------------	------	-----------

2 サービス利用者負担額 申告欄

サービス利用月	令和2年7月	1ヶ月ごとに1枚ご記入ください。
---------	--------	------------------

<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	あまがさきヘルパーステーション	9,300 円 ・(不明)	4		
2		円 ・(不明)	5		
3		円 ・(不明)	6		

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はこのぞきます)

※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。

【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	あまがさきデイサービス	14,000 円 ・(不明)	4		
2	ひょうごヘルパーステーション	30,400 円 ・(不明)	5		円 ・(不明)
3		円 ・(不明)	6		(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)			

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・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)
合計		