

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

尼崎市長 様

次のとおり、関係書類を添えて高額障害福祉サービス等・障害児(通所・入所)給付費等の支給を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

Application form with multiple sections: Applicant Information (フリガナ, 申請者氏名, 生年月日, 居住地), Service Usage (サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額), and Beneficiary Information (支同給一世帯に障害者等属する他の氏名, 氏名, 生年月日).

当該高額障害福祉サービス等・障害児(通所・入所)給付費等の支給決定に必要な場合は、障害者総合支援法(注)第12条に基づき、尼崎市が私の介護保険の利用者負担額について、関係機関への照会、調査されることに同意します。

令和 年 月 日 申請者氏名

- ※ 支払額を証する領収書を添付してください。
※ 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。
(注)障害者総合支援法は、「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」の略称です。

高額障害福祉サービス等・障害児(通所・入所)給付費等を下記の口座に振り込んで下さい。

Account Information Form (口座振替依頼欄) including fields for account type (種目), account number (口座番号), and authorized person (受領委任).

※市記入欄 補 自 児 移 上

記入例

福祉サービス等・障害児(通所・入所)給付費等支給申請書

尼崎市長 様

次のとおり、関係書類を

注) 同一世帯に障害福祉サービス等の利用者が複数おられる場合は、それぞれに申請書が必要です。

申請する年月日を記入

給付費等の支給を申請します。

申請年月日 令和 4 年 4 月 1 日

フリガナ	アマガサキ ハナコ		①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法	
申請者氏名	尼崎 花子 個人番号: 123123123		制度	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	大正 昭和 平成 令和	申請者は、サービス利用者が18歳以上の場合は利用者本人、18歳未満の場合は保護者になります。	①	0 0 0 1 2 3 1 2 3 1
居住地	〒660-0000 尼崎市●●町●●～		06	該当する制度の数字を記入し、それぞれの受給者証番号を記入してください。
フリガナ	利用者18歳未満の場合のみ、記入してください。		申請する年月を記入してください。	
支給決定に係る児童氏名	世帯でその月に支払った利用者負担額の合計額を記入してください。		申請に係るサービス利用月	平成 令和 3 年 ● 月分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額	9,200 円			
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額	9,200 円			
支同給一決定障に害者属す等他の	氏	申請者がその月に支払った利用者負担額の合計額を記入してください。		①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法
	尼崎 太郎	平成●●年●月●●日		制度
	個人番号: 123123123			①
	個人番号:	同一世帯に属する他の支給決定障害者等について記入してください。高額障害福祉サービス等給付費等の対象者を確認するためです。※該当者がいる場合は該当者分の申請書が必要となります。		0 0 0 1 2 3 1 2 3 2
個人番号:				

当該高額障害福祉サービス等・障害児(通所・入所)給付費等の支給決定に必要な場合は、障害者総合支援法(注)第12条に基づき、尼崎市が私の介護保険の利用者負担額について、関係機関への照会、調査されることに同意します。

令和 4 年 4 月 1 日

申請者氏名 尼崎 花子

- ※ 支払額を証する領収書を添付してください。
- ※ 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等(注)障害者総合支援法は、「障害者の日常生活及

対象月の利用者負担額(食費等の実費負担を除きます。)の領収書(申請者宛)が必要です。障害福祉サービス等をご利用の方で、かつ介護保険サービス利用者については、介護保険サービスにかかる同月の領収書も必要です(高額介護サービスの対象者は、対象月の高額介護サービス費等の決定通知書でも結構です)。※領収書(写し)が紛失等のため添付できない場合は、「申請明細書」を添付してください。

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

口座振替依頼欄	振替行	信用金庫 信用組合 農協	支店出張所	① 普通 ② 当座 ③ その他	0 1 2 3 1 2 3
	金融機関コード	1234	店舗コード	123	
必ずフリガナを記入してください。		アマガサキ タロウ		高額障害福祉サービス等・障害児(通所・入所)給付費等が振り込まれる金融機関名、支店名および口座番号を記入してください(金融機関コード、店舗コードがわからない場合は空白で結構です)。	
受領委任	【受任者】住所	尼崎市●●町●●～		児(通所・入所)給付費等を受領することを委任します。	
	【振込口座名義人】氏名	尼崎 太郎		【受任者】欄: 振込口座名義人 【委任者】欄: 申請者	
申請書提出者	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)				
フリガナ	申請者本人の場合、チェックのみで結構です。本人以外の場合は、氏名、住所、申請者との関係を記入してください。				
氏名					
住所					

※市記入欄

市記入欄のため、ここには何も記入しないでください。

上