新高額申請書

(宛て先)八尾市福祉事務所長

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四十三の五第六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ		①障害者総合支援法　②介護保険法	
申請者氏名	署名または押印 個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号
		①	
		②	
生年月日			
居 住 地	〒 電話番号		
申請に係るサービス利用月			

※ 領収証の添付は必要ありません

高額障がい福祉サービス費等を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 農協・信用金庫	本店 支店	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	普通預金	
	フリガナ			
	口座名義人			

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏　　名	署名または押印	申 請 者 との関係	
住　　所	〒 電話番号		

※申請者と配偶者について、関係者が世帯状況を照会し、かつ閲覧してその情報に基づいて支給決定することに同意します。

氏名：

新高額障がい福祉サービス等給付費は、月ごとの介護保険サービス給付実績を基に算出するもので、高額介護サービス費その他介護保険制度等における各種給付と併給調整（１年間分）を行う必要があります。そのため、給付費の支給には一定の時間がかかります。