令第四十三条の五第六項に規定する高額障害福祉サービス費等給付支給申請書

御船町長 様

次のとおり関係書類を添えて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条の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

フリガナ			生年 月日	昭和 年 月 日	
申請者氏名	個人番号：				
居住地	〒 -		電話番号		
障害福祉サービス 受給者番号	4	3	4	4	1
			介護保険 被保険者番号	0	0
				0	0
介護保険サービス 利用年月	令 年 月分	左記サービス 自己負担額	別紙の とおり	65歳になるまでの介 護保険サービス利用	☐ 無 ☐ 有

- 前回申請時と同じ口座に振り込みをしてください。
- 高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んでください。

金融 機関名	支店名	種目	口座番号				
		☐ 普通 ☐ 当座					
フリガナ							
口座名義人							

申請提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		申請者との 関係
氏名		
住所	〒 -	電話番号

※ 支払った額を証する書類（領収書の写しなど）を添付してください。