

高額障害福祉サービス等給付費 高額障害児通所・入所（施設）給付費 支給申請書

対象となるサービスを○で囲んでください（必ず鉛筆で記入）
 ※従来通り対象サービス毎に申請書は必要です。

高額障害福祉サービス等給付費、高

この申請書は、申請者の利用月毎に提出してください。

申請年 月 日 平成 年 月 日

申請者氏名 <small>(支給決定障害者等)</small>		個人番号	印	① 障害者自立支援法 ② ③	
生年月日	大正 平成	支給決定障害者等の「氏名」「生年月日」「住所（郵便番号）」「電話番号」を記載し、押印する。		制度は上記①～③より選択(補装具は①) 補装具のみ支給を受けている場合は 受給者証番号の記載は不要です。	
居住地	〒	電話番号			
フリガナ		続柄			
支給決定に係る 児童氏名	個人番号	障害児に係る申請の場合に記載	生年月日	平成・令和	年 月 日
サービス利用月（※補装具は支給決定月）の 世帯における対象費用の支払合計額				申請に係るサー ビス利用月	年 月 分
サービス利用月（※補装具は支給決定月）の 申請者の対象費用の支払合計額				（決定月）	
同一世帯に属する他の 支給決定障害者等	氏名	生年月日	制度	世帯全体の、対象となる利用 者負担額の合計支払い額	
	個人番号			申請者分の、対象となる利用 者負担額の合計支払い額	
	個人番号			制度は上記①～③ より選択	
個人番号					

(注1) 対象経費の支払額を証する領収書等を添付してください。

(注2) 申請者と同一世帯の世帯収入金額に対象費用とされない「自己負担分など」が含まれている場合は、別に「サービス利用明細など」の添付が必要です。

高額障害福祉サービス等給付費の口座振替依頼書は、申請書の添付が必要です。記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号	
	金融機関		1 普通預金		
	フリガナ		口座名義人が申請者と異なる場合は委任状が必要です。		
	口座名義人				

(注3) 預金通帳の口座番号の記入してあるページの写しを添えてください。

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		申請者 との関係
氏名		
住所	〒	電話番号