

第27号様式(第15条関係)

令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

殿

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43条の5第6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 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												制度	受給者証番号・被保険者証番号						
個人番号																			
生年月日	年 月 日																		
居住地	〒											電話番号							
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額	申請に係るサービス利用月				年 月分		65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無					□無							
												□有							

(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

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。

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					
	金融機関コード			店舗コード			1普通預金						
							2当座預金						
							3その他						
	フリガナ												
口座名義人													
□ 公金受取口座を利用します。													

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			