

第29号様式(第15条関係)

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支給申請書

海老名市長 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。また、貴市が定める期間毎に対象者の要件を確認し、給付額を確定することに同意します。その場合に5年を超えて対象者要件に該当しない場合は、この申請が終了したものとして取り扱って差し支えありません。

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
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			-----									

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	-----		申請者との関係
住所	〒 電話番号		