様式第21号の2

新高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

土佐清水市福祉事務所長　様

次のとおり関係書類を添えて新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 | 個人番号： | 制度 | 受給者証番号・加入医療保険番号 |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒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（注） |  | 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）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。

（注）支払額を証する領収書を添付してください。

新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下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼書 |  |  | 種目 | 口座番号 |
| １普通預金２当座預金３その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |  | 申請者との関係 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号　　　　　　　　　　　 |