高額障害福祉サービス費・高額障害児通所(入所)給付費支給申請書

申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

様式第４１号の２（第２９条の２関係）

年　　月　　日

　堺市長　　殿

18歳以上の場合は利用者本人、児童（18歳未満）の場合は保護者の方が申請者となります。

申請者　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （自　　署）

住所　　堺市

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　 | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

　電話番号

　次のとおり(高額障害福祉サービス費・高額障害児通所(入所)給付費)の支給を申請します。

　なお、この申請に係る決定に際しては、私が障害福祉サービスを利用した月において、私及び私と同じ世帯に属する世帯員に関して、以下の事項について市民税課税台帳等、本市の公簿で確認されることを承諾します。

1　当該世帯の世帯状況及び当該世帯員の所得状況

2　介護保険法に規定するサービスにおける当該世帯員の利用者負担及び高額介護サービス費の支給状況

3　障害者総合支援法又は児童福祉法に規定するサービスにおける当該世帯員の利用者負担の額及び利用者負担上限月額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 障害福祉サービス受給者証(水色)の番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 支給決定に係る障害児氏名 | 　 |
| 障害児通所(入所)受給者証(ピンク・黄緑)の番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　申請に係るサービス利用月 | 年　　月～ |
| 介護保険被保険者証(桃)の番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 支給決定障害者の生年月日 | 年　　　月　　　日　 | 制度(右の①～③のうち該当するものの番号の横に受給者番号又は被保険者番号を記載) | ①障害者総合支援法の受給者番号(水色)②障害児通所(入所)の受給者証番(ピンク・黄緑)③介護保険の被保険者番号(桃) |
| 　 | 氏名 | 生年月日 |
| 受給者番号又は被保険者番号 |
| 世帯構成 | 同一世帯に属する支給決定障害者等 | 　①の横に障害福祉サービス受給者証（水色）の番号、②の横に児童施設受給者証（黄緑色）の番号、③の横に介護保険証（桃色）の番号を書いてください。 | 　 | ① | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ② | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ③ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | ① | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ② | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ③ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | ① | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| ② | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | ③ | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

注意

 1 申請者が自署しない場合は、記名押印をしてください。

　2　今回の支給以後、高額障害福祉サービス費・高額障害児通所(入所)給付費が支給される場合、今年度の申請手続は不要となります。また、支給金額は、下記口座に振り込まれます。(口座を変更する場合や世帯構成が変更となった場合は、再度申請手続が必要です。)

　3　申請者と同一世帯の他の支給決定者等全員分を併せて提出してください。

　4　世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

　5　この様式において「障害者総合支援法」とは、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をいう。

　高額障害福祉サービス費・高額障害児通所(入所)給付費を下記の口座に振り込むよう依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行・農協信用金庫信用組合 | 本店支店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| 1　普通預金2　当座預金3　その他 | 　 | 　申請者の方（18歳以上の場合はサービス利用者ご本人、18歳未満の児童の場合は保護者の方）と同一名義の口座としてください。該当の種目（普通預金等）を囲むようにしてください。 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 口座名義人(カナ) | 　 |