第45号様式の２（第40条の２関係）

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

年　　月　　日

いわき市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | ①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  ②児童福祉法　③介護保険法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名  （支給決定障害者等氏名） | |  | | | | | 制度 | | | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  | | | |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | |  | | |  |  | |  | | | |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
| 個人番号 | |  | | | | |  | | |  |  | |  | | | |  |  |  | |  | |  | | |  |  |
| 居住地 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | 続　柄 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定に  係る児童氏名 | |  | | | | | | | 生年月日 | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額 | | | | | 円 | | | | | | | | | | | 申請に係  るサービ  ス利用月 | | | | 年　月分 | | | | | | | |
| サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額 | | | | | 円 | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 円 | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | □有  □無 | | |
| 支給決定障害者等  同一世帯に属する他の | 氏　　　　名 | | | 生年月日 | | ①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  ②児童福祉法　③介護保険法 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 個人番号 | | 制度 | | | | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 年　月　日 | |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |
|  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |
|  | | | 年　月　日 | |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |
|  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  | |  | | |  |  |  | | |  | |  | |  |  |

（注１）支払額を証する領収書を添付してください。

（注２）18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障害者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

（注３）申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

（注４）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。

高額障害福祉サービス費を次の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口 座 振 替 依 頼 欄 | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | | | | 本店  支店  支所  出張所 | | | 種目 | １普通　　２当座　　３その他 | | | | | | |
| 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 |  | 申請者  との関係 |  |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 〒  電話番号 | | |