

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（その2）

印西市長 様

次のとおり関係書類を添えて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・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（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				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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。

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	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 9 その他								
	フリガナ										
	口座名義人										

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		