

高額障がい福祉サービス等給付費支給申請書
(介護保険サービス利用者負担相当額の支給に関するもの)

(提出先) 大阪市長

申請年月日 平成 年 月 日

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第六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費の支給を、裏面の同意・委任事項に同意のうえ申請します。

フリガナ				①障がい福祉サービス 受給者証番号	
申請者氏名・印	○				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	②介護保険法 被保険者証番号
個人番号 (マイナンバー)					
居住地	〒				電話番号 ()
送付先住所	〒				
※居住地とは異なる住所への送付を希望する場合のみ記載してください。					
65歳に達するまでの 介護保険法による 保険給付の受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	申請に係る サービス利用月	年 月分		
市町村民税の状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護				
サービス利用月の障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスの支払額(自己負担額)					
訪問介護	円	通所介護	円		
短期入所生活介護	円	地域密着型通所介護	円		
小規模多機能型 居宅介護	円	合計額	円		

高額障がい福祉サービス等給付費の支給決定額を下記の口座に振替されるよう依頼します。

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			

◎裏面もご確認ください



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	<input type="checkbox"/> 代理人
氏名			<input type="checkbox"/> 代行者
住所	〒 _____ 電話番号 ()		

配偶者記入欄	申請者と同一の世帯に属する配偶者がいる方は、下記に記入してください。		
フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名			年 月 日
個人番号 (マイナンバー)			
住所 (申請者と異なる 場合のみ記入して ください。)	〒 _____		
市町村民税の状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護		

同意・委任事項

- ① 本高額障がい福祉サービス等給付費の審査にあたり、私及び配偶者の課税状況及び介護保険利用状況について、個人番号を用いる等して、課税台帳、介護保険給付台帳等の関係公簿を照会し、かつ閲覧または必要な資料の提供を他の行政機関に求めることに同意します。
- ② 翌月から翌年6月までは、申請書による手続きを行わなくても、本高額障がい福祉サービス等給付費がある月については、自動的に支給額を算出し口座振替されることに同意します。
- ③ すでに支給した本高額障がい福祉サービス等給付費の額が変更となった場合、以降の支給時において、額の調整が行われることに同意します。
- ④ 介護保険法において支給される高額介護（介護予防）サービス費または、高額医療合算介護（介護予防）サービス費のうち、すでに本高額障がい福祉サービス等給付費で支給された重複分に相当する額について、私に代わって受領し、かつ受領した額を大阪市長に納入することを大阪市長に委任します。
- ⑤ 生活保護法に基づく介護扶助受給期間中に支給される本高額障がい福祉サービス等給付費について、当該扶助受給期間中は、本申請以降、申請書による手続きを行わなくても、私に代わって申請及び受領し、受領した額を大阪市長に納入することを大阪市長に委任します。