

第 2 1 号様式の 2（第 1 9 条関係）
政令第 43 条の 5 第 6 項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

多摩市福祉事務所長 殿

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 43 条の 5 第 6 項に規定する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				☐ 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。

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ください。

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 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			