

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（政令第47条第6項関係）

武蔵野市長 殿

次のとおり申請します。なお、必要な範囲に限り、申請者並びに申請者の属する世帯の世帯主及び世帯員の所得の証明書を提出すること並びに介護保険に関する事項、住民票記載事項及び所得状況を市の公簿等（マイナンバー制度による情報連携を含む。）で確認されることに同意します。

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	郵便番号											
	電話番号											
申請に係るサービス利用期間	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					

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						
							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	郵便番号		
	電話番号		