高額障害福祉サービス等給付費の給付要件確認に関する届出書

市町村長名　様

次のとおり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四十七条第六項に規定される高額障害福祉サービス等給付費の給付要件確認のため、関係書類を添えて届出します。

**固定文言１**

届出年月日 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | ①障害者総合支援法 ②介護保険法 | | | | | | | | | | | |
| 対象候補者  氏名 |  | 制度 | | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | |
| ① | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | ② | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ６５歳到達日 |  | 保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| 住所 | 〒 |  |  | 電話番号 | | | | | | | | |  |

① ６５歳到達前日までの状況については以下のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
| 介 護 保 険 | □利用したことがある □ 利用したことがない  ※ ６５歳到達日までの介護保険サービス利用状況を記入してください。 |
| 障 害 福 祉サ ー ビ ス の利 用 状 況 | □ ６０歳から６５歳の間に長期入院等により支給を受けられなかった期間はない  □ ６０歳から６５歳の間に長期入院等により支給を受けられなかった期間がある  （理由等を記入してください： ） |
| 生活保護の受給 | □受給していた □受給していない  ※ 市町村名 以外で生活保護を受給していた場合には生活保護受給証明書を添付してください。 |

**固定文言２**

② ６５歳到達日の状況については以下のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所  **固定文言３** | ※ 市町村名 以外に居住していた場合のみ記入してください。  正確な住所が不明な場合は分かる範囲で記入してください。 |  |

③　　年　　月 ～ 　　年　　月 の状況については以下のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険  **固定文言４** | ※ | □ 利用している □ 利用していない  利用している場合には介護保険被保険者証の写しを添付してください。 | | | | | |  |
| 市町村民税の  状　　況 |  | □ 課税 |  | □ 非課税 |  |  |  |  |
| 生活保護の  受　　給 | ※ | □ 受給している □ 受給していない  市町村名 以外で生活保護を受給している場合には生活保護受給証明書を添付してください。 | | | | | |  |
| フリガナ |  | | 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 配偶者氏名 |  | |

<記入上の注意事項>

**固定文言６**

１． 変更事項および訂正箇所がある場合は該当事項を二重線で消し、正しい事項を記入してください。

２． 年 年1月1日 時点で住民票が　市町村名　にある方については、この届出にもとづき、住所・所得等は住民基本台帳および課税台帳等の公簿により確認させていただきます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 届出書提出者 | □届出者本人 □届出者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ |  | 届出者との関係 |  |
| 氏 名 |  |
| 住 所 | 〒  電話番号 | | |

**自由記載１**

**固定文言５**