第　　　　　　号

窓空宛名

　年　月　日

市町村長　印

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ

**固定文言１**

下記のとおり、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する高額障害福祉サービス等給付費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

　対象年月毎の支給予定額は、別紙のサービス利用年月別明細をご参照ください。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受給者氏名 |  | 生年月日 | |  |
| 対象年月 |  | | | |
| 自己負担額 |  | 支給（予定）額 |  | |

**固定文言２＋編集１**

支給を希望する場合は、同封の「令第四十七条第六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」を下記宛に提出してください。

**自由記載１**

|  |  |
| --- | --- |
| （お問合せ先） | |
| ●●市福祉部障害福祉課 | |
| 住　所 | 123-4567　●●市●●１－２－３ |
| 電話番号  メール | 987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890  xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa |