

高額障害福祉サービス等給付費について

同じ世帯に障害福祉サービス等を利用する者が複数いる場合等に、世帯の負担を軽減することを目的に、償還払い方式により、世帯における利用者負担を負担上限月額まで軽減を図ります。

・支給額

ひと月の利用者負担額が高額障害福祉サービス等給付費等基準額を超える場合、その超えた金額を高額障害福祉サービス等給付費、高額障害児通所給付費として支給します。

・高額障害福祉サービス等給付費等算定基準

- 1 市民税課税世帯に属する者(一般1・2)…37,200円
- 2 市民税非課税世帯に属する者(低所得1・2及び生活保護世帯)…0円

※ 障がい児の特例

以下の場合に該当するときは、受給者証に記載されている利用者負担上限月額のうち高いほうの額が基準額となります。

- ア 1人の障がい児が2枚の受給者証(障害福祉サービス受給者証、通所受給者証等)でサービスを受けている場合
- イ 障がい児の兄弟がそれぞれサービスを受けている場合

・合算の対象となる費用

同じ世帯の方が、同一の月に提供を受けた1～5のサービス等に係る利用者負担額が対象となります。

- 1 障害福祉サービスに係る利用者負担額
- 2 介護保険の利用者負担額
(高額介護サービス費・高額介護予防サービス費により償還された費用を除く。)
ただし、同一の方が障害福祉サービスを併用している場合に限りません。
- 3 補装具費に係る利用者負担額
ただし、同一の方が障害福祉サービスを併用している場合に限りません。
- 4 障害児通所給付費に係る利用者負担額
児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス
- 5 障害児入所給付費に係る利用者負担額
福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設

・手続きについて

次のものを持参し、申請してください。

(1)印鑑

(2)預貯金通帳

(3)領収証(利用者負担額及び実費負担額がわかるもの)

1.障害福祉サービス等の領収証(実費負担(水道・光熱費)を除く))

2.介護保険サービスの領収証(実費負担(水道・光熱費)を除く)

3.障害児通所給付費等の領収証(実費負担(水道・光熱費)を除く)

4.補装具費の領収書

(4)受給者証

(5)高額介護サービス費支給決定通知書

※介護保険サービスを利用し、高額介護サービス費の支給を受けている場合

新高額障害福祉サービス等給付費について

65 歳に至る前の 5 年間にわたり、介護保険相当障害福祉サービス(※1)の支給決定を受けていた方で、一定の要件を満たす場合、申請により、平成 30 年 4 月以降の障害福祉相当介護保険サービス(※2)の利用者負担額が償還されます。

・対象の要件

- 1 自立支援法全面施行(平成 18 年 10 月 1 日)以降において、65 歳に達する日前 5 年間にわたり、介護保険相当障害福祉サービス(※1)に係る支給決定を受けていたこと
- 2 利用者と利用者と同一の世帯に属する配偶者が 65 歳に達する日の前日の属する年度(利用者が 65 歳に達する日の前日の属する月が 4 月から 6 月までの場合は前年度)において、市民税非課税又は生活保護受給者であること
- 3 障害福祉相当介護保険サービス(※2)を利用した月が属する年度(当該サービスを利用した月が 4 月から 6 月までの場合は前年度)において、利用者と利用者と同一の世帯に属する配偶者が市民税非課税又は生活保護受給者であること
- 4 65 歳に達する日の前日に、障害支援区分(障害程度区分)が区分 2 以上であったこと
- 5 65 歳に達するまでに介護保険法による保険給付を受けていないこと(介護予防・日常生活支援総合事業等は介護保険法上の保険給付には当たらない)

※1 介護保険相当障害福祉サービス

居宅介護、重度訪問介護、生活介護、短期入所

※2 障害福祉相当介護保険サービス

訪問介護、通所介護、短期入所生活介護、地域密着型通所介護、小規模多機能型居宅介護

(介護予防サービス、地域密着型介護予防サービスは含まない)

・手続きについて

次のものを持参し、申請してください。

(1)申請書

(2)代理受領の委任状

高額介護サービス費や高額医療合算介護サービス費のうち、既に高額障害福祉サービス等給付費で支給した金額を市で調整するために使用します。

(3)預貯金通帳(申請者のもの)

(4)個人番号が確認できるもの

(5)身分が証明できるもの

(6)印鑑

(7)領収書(対象となる介護保険サービス)

令第四十三条の五第一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

岩見沢市長 様

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の五第一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児童福祉法③介護保険法								
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	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									
フリガナ		続柄								
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年 月 日							
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額				申請に係るサービス利用月		年 月分				
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額										
同一世帯に属する他の	氏 名	生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法							
			制度	受給者証番号・被保険者証番号						
	個人番号：									
	個人番号：									
	個人番号：									

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- (注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

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下さい。

口座振替 依頼書	銀行・信金・信組	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						
			2 当座						
	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		

令第四十三条の五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)

岩見沢市長 様

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の五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	明治 昭和	大正 平成	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下さい。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行・信金・信組				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								
								2 当座								
	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			