（別紙４）帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧

帳票の実装区分は、機能・帳票要件に定める各帳票を出力する要件の実装区分を参照ください。
なお、帳票により、各サブユニット単位で実装区分が異なる場合がありますので、ご注意ください。

	大項目	帳票タイトル	帳票ID		頁番号
障害者福祉	1.障害者福祉共通	01.宛名シール	0220001	…	1
		02.窓空き宛名	0220002		
		03.窓空き宛名・問合せ先	0220003		
	2.身体障害者手帳	01.身体障害者手帳交付証明書	0220004	…	4
		02.身体障害者手帳交付（再交付）について	0220005		
		03.身体障害者手帳交付（再交付）決定通知書	0220006		
		04.身体障害者手帳交付申請却下決定通知書	0220007		
		05.身体障害者手帳の再認定について	0220008		
		06.身体障害者手帳居住地等変更通知書	0220009		
		07.身体障害者更生指導台帳	0220010		
		08.身体障害者更生指導台帳（指導記録）	0220011		
		09.身体障害者更生指導台帳（更生医療）	0220012		
		10.身体障害者更生指導台帳（育成医療）	0220013		
		11.身体障害者更生指導台帳（補装具）	0220014		
		12.身体障害者更生指導台帳の送付について	0220015		
		13.身体障害者手帳交付申請者一覧（進達）	0220016		
		14.身体障害者手帳（紙様式）	0220017		
		15.身体障害者手帳交付申請書	0220018		
		16.身体障害者手帳再交付申請書	0220019		
		17.身体障害者死亡通知書	0220020		
		18.身体障害者居住地等変更届書	0220021		
		19.身体障害者手帳返還届	0220022		
		20.身体障害者手帳交付証明書発行願	0220023		
		21.身体障害者手帳の再認定について（再通知）	0220024		
		22.身体障害者手帳返還命令書	0220025		
		23.身体障害者手帳の再認定について（通知）	0220026		
		24.身体障害者手帳交付（再交付）について（郵送）	0220027		
		25.身体障害者手帳取下届	0220256		
	3.療育手帳	01.療育手帳交付証明書	0220028	…	29
		02.療育手帳交付（再交付）について	0220029		
		03.療育手帳交付（再交付）決定通知書	0220030		
		04.療育手帳交付申請却下決定通知書	0220031		
		05.療育手帳再判定のお知らせ	0220032		
		06.療育手帳居住地変更通知書	0220033		
		07.知的障害者更生指導台帳	0220034		
		08.知的障害者更生指導台帳（指導記録）	0220035		
		09.知的障害者更生指導台帳の送付について	0220036		
		10.療育手帳交付申請者一覧（進達）	0220037		
		11.療育手帳（紙様式）	0220038		
		12.療育手帳交付申請書	0220039		
		13.療育手帳再交付・再判定申請書	0220040		
		14.療育手帳記載事項変更届	0220041		
		15.療育手帳返還届	0220042		
		16.療育手帳判定資料提供申出書	0220043		
		17.療育手帳交付証明書発行願	0220044		
		18.療育手帳交付（再交付）について（郵送）	0220045		
		19.知的障害者死亡通知書	0220046		
		20.療育手帳取下届	0220257		
	4.精神障害者保健福祉手帳	01.障害者手帳交付証明書	0220047	…	49
		02.障害者手帳交付（再交付）について	0220048		
		03.障害者手帳交付決定通知書	0220049		
		04.障害者手帳通知書	0220050		
		05.障害者手帳更新のお知らせ	0220051		
		06.障害者手帳交付申請者一覧（進達）	0220052		
		07.進達伺書	0220053		
		08.障害者手帳（紙様式）	0220054		
		09.障害者手帳交付申請書	0220055		
		10.障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書	0220056		
		11.障害者手帳返還届	0220057		
		12.障害者手帳障害年金等に係る同意書	0220058		
		13.障害者手帳交付証明書発行願	0220059		
		14.障害者手帳交付（再交付）について（郵送）	0220060		
		15.障害者手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院）更新のお知らせ	0220061		
		16.障害者手帳取下届	0220259		
	5.国制度手当	01.認定通知書	0220062	…	65
		02.認定請求却下通知書	0220063		
		03.再認定通知書	0220064		
		04.支給開始決定通知書	0220065		
		05.支給停止通知書	0220066		
		06.支給停止解除通知書	0220067		
		07.一時差止通知書	0220068		
		08.一時差止解除通知書	0220069		
		09.資格喪失通知書	0220070		
		10.診断書の提出について	0220071		
		11.所得状況届の提出に関するご案内	0220072		
		12.所得状況関係連名簿	0220073		
		13.特別障害者手当現況届	0220074		
		14.障害児福祉手当現況届	0220075		
		15.経過的福祉手当現況届	0220076		
		16.障害児福祉手当（福祉手当）所得状況届	0220077		
		17.特別障害者手当所得状況届	0220078		
		18.所得状況届督促通知書	0220079		
		19.受給者台帳（表面）	0220080		
		20.受給者台帳（裏面）	0220081		
		21.被災非該当通知書	0220082		
		22.支払通知書	0220083		
		23.支出内訳書	0220084		
		24.口座振込依頼書	0220085		
		25.受給者台帳の送付依頼について	0220086		
		26.障害児福祉手当認定請求書	0220087		
		27.特別障害者手当認定請求書	0220088		
		28.記載事項変更届	0220089		
		29.資格喪失届	0220090		
		30.未支払手当請求書	0220091		
		31.障害状態再審査（診断）請求書	0220092		
		32.障害程度判定協議依頼書	0220093		

帳票レイアウト一覧

帳票の実装区分は、機能・帳票要件に定める各帳票を出力する要件の実装区分を参照ください。
なお、帳票により、各サブユニット単位で実装区分が異なる場合がありますので、ご注意ください。

大項目	帳票タイトル	帳票ID		頁番号
6.障害福祉サービス等（受給者管理）	01.（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書	0220094	…	103
	02.障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書	0220095		
	03.（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書	0220096		
	04.障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書	0220097		
	05.計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書	0220098		
	06.計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書	0220099		
	07.申請内容変更届出書（介護給付費等）	0220100		
	08.申請内容変更届出書（障害児通所給付費）	0220101		
	09.受給者証再交付申請書（介護給付費等）	0220102		
	10.受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）	0220103		
	11.利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書	0220104		
	12.（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）支給（給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書	0220105		
	13.障害児通所給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書	0220106		
	14.計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書	0220107		
	15.障害支援区分認定通知書	0220108		
	16.却下決定通知書（介護給付費等）	0220109		
	17.却下決定通知書（障害児通所給付費）	0220110		
	18.（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書	0220111		
	19.障害児通所給付費支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書	0220112		
	20.モニタリング期間変更通知書	0220113		
	21.障害支援区分変更認定通知書	0220114		
	22.障害支援区分認定証明書	0220115		
	23.障害福祉サービス受給者証	0220116		
	23-2.障害福祉サービス受給者証（プレプリント様式）	0220117		
	24.地域相談支援受給者証	0220118		
	25.療養介護医療受給者証	0220119		
	26.通所受給者証	0220120		
	26-2.通所受給者証（プレプリント様式）	0220121		
	27.肢体不自由児通所医療受給者証	0220122		
	28.支給（給付）決定取消通知書	0220123		
	29.支給決定取消通知書	0220124		
	30.計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書	0220125		
	31.障害福祉サービス申請手続きのお知らせ（18歳到達）	0220126		
	32.介護保険要介護（要支援）認定申請のお知らせ	0220127		
	33.障害支援区分更新のお知らせ	0220128		
	34.支給期間更新のお知らせ（介護給付費等）	0220129		
	35.利用者負担適用期間更新のお知らせ（介護給付費等）	0220130		
	36.サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書	0220131		
	37.支給期間更新のお知らせ（障害児通所給付費）	0220132		
	38.利用者負担適用期間更新のお知らせ（障害児通所給付費）	0220133		
	39.認定調査依頼書	0220134		
	40.医師意見書作成依頼書	0220135		
	41.医師意見書作成料請求書	0220136		
	42.市町村審査会対象者一覧	0220137		
	43.市町村審査会対象者一覧（事務局用）	0220138		
	44.世帯状況・収入等申告書（介護給付費等）	0220139		
	45.世帯状況・収入等申告書（障害児通所給付費）	0220140		
	46.障害支援区分認定結果の情報提供について	0220141		
	47.市町村審査会開催通知書	0220142		
	48.受診依頼書	0220143		
7.障害福祉サービス等（給付管理）	01.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給付要件確認に関する届出書	0220144	…	166
	02.高額障害福祉サービス等給付費の代理受領に係る委任状	0220145		
	03.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代理受領に係る委任状（生活保護）	0220146		
	04.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給付のお知らせ	0220147		
	05.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給付のお知らせ	0220148		
	06.高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ	0220149		
	07.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	0220150		
	08.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書	0220151		
	09.高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書	0220152		
	10.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（不支給）決定通知書	0220153		
	11.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（不支給）決定通知書	0220154		
	12.高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書	0220155		
	13.口座振込依頼書	0220156		
	14.支払通知書	0220157		
	15.支出内訳書	0220158		
	16.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給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）	0220159		
	17.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給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）	0220160		
	18.高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）	0220161		
	19.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（サービス利用年月別明細）	0220162		
	20.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書（サービス利用年月別明細）	0220163		
	21.高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書（サービス利用年月別明細）	0220164		
	22.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（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）	0220165		
	23.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（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）	0220166		

帳票レイアウト一覧

帳票の実装区分は、機能・帳票要件に定める各帳票を出力する要件の実装区分を参照ください。
なお、帳票により、各サブユニット単位で実装区分が異なる場合がありますので、ご注意ください。

大項目	帳票タイトル	帳票ID		頁番号
	24.高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）	0220167		
8.自立支援医療（更生医療）	01.自立支援医療受給者証（表面）	0220168	…	190
	02.自立支援医療受給者証（裏面）	0220169		
	03.判定依頼書	0220170		
	04.調査書	0220171		
	05.認定決定通知書	0220172		
	06.却下通知書	0220173		
	07.自立支援医療費支給認定申請書	0220174		
	08.自己負担上限額管理票	0220175		
	09.変更決定通知書	0220176		
	10.支給認定決定のお知らせ	0220177		
	11.自立支援医療受給者証等記載事項変更届	0220178		
	12.受給者証の更新について（お知らせ）	0220179		
	13.支給認定取消通知書	0220180		
	14.自立支援医療受給者証再交付申請書	0220181		
	15.自立支援医療受給者証返還届	0220182		
9.自立支援医療（育成医療）	01.自立支援医療受給者証（表面）	0220183	…	205
	02.自立支援医療受給者証（裏面）	0220184		
	03.認定決定通知書	0220185		
	04.却下通知書	0220186		
	05.自立支援医療費支給認定申請書	0220187		
	06.自己負担上限額管理票	0220188		
	07.審査依頼書	0220189		
	08.調査書	0220190		
	09.変更決定通知書	0220191		
	10.支給認定決定のお知らせ	0220192		
	11.自立支援医療受給者証等記載事項変更届	0220193		
	12.支給認定取消通知書	0220194		
	13.自立支援医療受給者証再交付申請書	0220195		
	14.自立支援医療受給者証返還届	0220196		
10.自立支援医療（精神通院医療）	01.進達リスト	0220197	…	219
	02.自立支援医療受給者証	0220198		
	03.自己負担上限額管理票	0220199		
	04.却下通知書	0220200		
	05.受給者証の交付について	0220201		
	06.受給者証の更新について（お知らせ）	0220202		
	07.調査書	0220203		
	08.自立支援医療費支給認定申請書	0220204		
	09.自立支援医療受給者証等記載事項変更届	0220205		
	10.認定決定通知書	0220206		
	11.変更決定通知書	0220207		
	12.支給認定取消通知書	0220208		
	13.自立支援医療受給者証再交付申請書	0220209		
	14.自立支援医療受給者証返還届	0220210		
11.補装具	01.調査書	0220211	…	234
	02.判定依頼書	0220212		
	03.判定通知書	0220213		
	04.補装具費支給決定通知書	0220214		
	05.補装具費支給券（別添様式例第８（１）号） 補装具費支給券（別添様式例第８（２）号） 補装具費支給券（別添様式例第８（３）号）	0220215		
	06.却下決定通知書	0220216		
	07.代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状	0220217		
	08.補装具費支給決定のお知らせ（事業者向け）	0220218		
	09.補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書	0220219		
	10.補装具費支給廃止通知書	0220258		
12.特別児童扶養手当	01.市町村_特別児童扶養手当受給資格者名簿（表面）	0220220	…	246
	02.市町村_特別児童扶養手当受給資格者名簿（裏面）	0220221		
	03.指定都市_特別児童扶養手当受給資格者台帳（表面）	0220222		
	04.指定都市_特別児童扶養手当受給資格者台帳（裏面）	0220223		
	05.特別児童扶養手当関係書類提出書	0220224		
	07.特別児童扶養手当住所・支払金融機関変更届処理済報告書	0220226		
	09.特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書の提出について	0220228		
	10.特別児童扶養手当所得状況届の提出について	0220229		
	11.特別児童扶養手当所得状況届	0220230		
	12.特別児童扶養手当現況届	0220231		
	13.特別児童扶養手当認定通知書	0220232		
	14.特別児童扶養手当支給停止通知書	0220233		
	15.特別児童扶養手当請求却下通知書	0220234		
	16.特別児童扶養手当額改定通知書	0220235		
	17.特別児童扶養手当額改定請求却下通知書	0220236		
	18.特別児童扶養手当資格喪失通知書	0220237		
	19.特別児童扶養手当受給資格者移管通知書	0220238		
	20.特別児童扶養手当有期認定通知書	0220239		
	22.特別児童扶養手当認定請求書	0220241		
	23.特別児童扶養手当額改定請求書	0220242		
	24.特別児童扶養手当額改定届	0220243		
	26.特別児童扶養手当資格喪失届	0220245		
	27.未支払特別児童扶養手当請求書	0220246		
	28.特別児童扶養手当記載事項変更届	0220247		
	29.特別児童扶養手当転出届	0220248		
	30.特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書	0220249		
	31.特別児童扶養手当支給停止解除通知書	0220250		
	33.特別児童扶養手当所得状況届督促通知書	0220252		
	34.特別児童扶養手当支払対象者一覧表	0220253		
	35.特別児童扶養手当受給証明書	0220254		
	36.特別児童扶養手当受給証明申請書	0220255		

障害者福祉システム

帳票レイアウト【改定履歴】

版数	改定日	主な改定理由	帳票ID	帳票名称	改定区分 （追加／削除／変更）
第2.1版	令和5年3月31日	第2.1版公開	－	－	－
第3.0版	令和6年3月29日	特別児童扶養手当証書の廃止に伴う省令改正対応	0220220	01.市町村　特別児童扶養手当受給資格者名簿（表面）	変更
			0220221	02.市町村　特別児童扶養手当受給資格者名簿（裏面）	変更
			0220222	03.指定都市　特別児童扶養手当受給資格者台帳（表面）	変更
			0220223	04.指定都市　特別児童扶養手当受給資格者台帳（裏面）	変更
			0220225	06.特別児童扶養手当証書受領書	削除
			0220226	07.特別児童扶養手当住所・支払金融機関変更届処理済報告書	変更
			0220227	08.特別児童扶養手当証書の交付について	削除
			0220228	09.特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書の提出について	変更
			0220229	10.特別児童扶養手当所得状況届の提出について	変更
			0220230	11.特別児童扶養手当所得状況届	変更
			0220231	12.特別児童扶養手当現況届	変更
			0220232	13.特別児童扶養手当認定通知書	変更
			0220233	14.特別児童扶養手当支給停止通知書	変更
			0220235	16.特別児童扶養手当額改定通知書	変更
			0220236	17.特別児童扶養手当額改定請求却下通知書	変更
			0220237	18.特別児童扶養手当資格喪失通知書	変更
			0220238	19.特別児童扶養手当受給資格者移管通知書	変更
			0220239	20.特別児童扶養手当有期認定通知書	変更
			0220240	21.特別児童扶養手当証書	削除
			0220241	22.特別児童扶養手当認定請求書	変更
			0220242	23.特別児童扶養手当額改定請求書	変更
			0220243	24.特別児童扶養手当額改定届	変更
			0220244	25.特別児童扶養手当証書亡失届	削除
			0220245	26.特別児童扶養手当資格喪失届	変更
			0220246	27.未支払特別児童扶養手当請求書	変更
			0220247	28.特別児童扶養手当記載事項変更届	変更
			0220248	29.特別児童扶養手当転出届	変更
			0220249	30.特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書	変更
			0220250	31.特別児童扶養手当支給停止解除通知書	変更
			0220251	32.特別児童扶養手当証書再交付申請書	削除
			0220252	33.特別児童扶養手当所得状況届督促通知書	変更
			0220253	34.特別児童扶養手当支払対象者一覧表	変更

版数	改定日	主な改定理由	帳票ID	帳票名称	改定区分 （追加／削除／変更）
			0220254	35.特別児童扶養手当受給証明書	追加
			0220255	36.特別障害者手当受給証明申請書	追加
第3.0版	令和6年3月29日	検討会内容の反映	0220175	08.自己負担上限額管理票	変更
			0220188	06.自己負担上限額管理票	変更
			0220199	03.自己負担上限額管理票	変更
			0220105	12.(介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費)支給(給付)決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書	変更
			0220211	01.調査書	変更
			0220256	25.身体障害者手帳取下届	追加
			0220257	20.療育手帳取下届	追加
			0220258	10.補装具費支給廃止通知書	追加
			0220259	16.障害者手帳取下届	追加
			0220018	15.身体障害者手帳交付申請書	変更
			0220019	16.身体障害者手帳再交付申請書	変更
			0220230	11.特別児童扶養手当所得状況届	変更
			0220241	22.特別児童扶養手当認定請求書	変更
			0220120	26.通所受給者証	変更
			0220122	27.肢体不自由児通所医療受給者証	変更

９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 1	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 2
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 3	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 4
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 5	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 6
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 7	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 8
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 9	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 10
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 11	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 12
９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 13	９９９－９９９９ ●●県●●市●●１－２－３ あいうえおかきくけこ ■■　太郎　様 （▲▲　花子　様分） 14

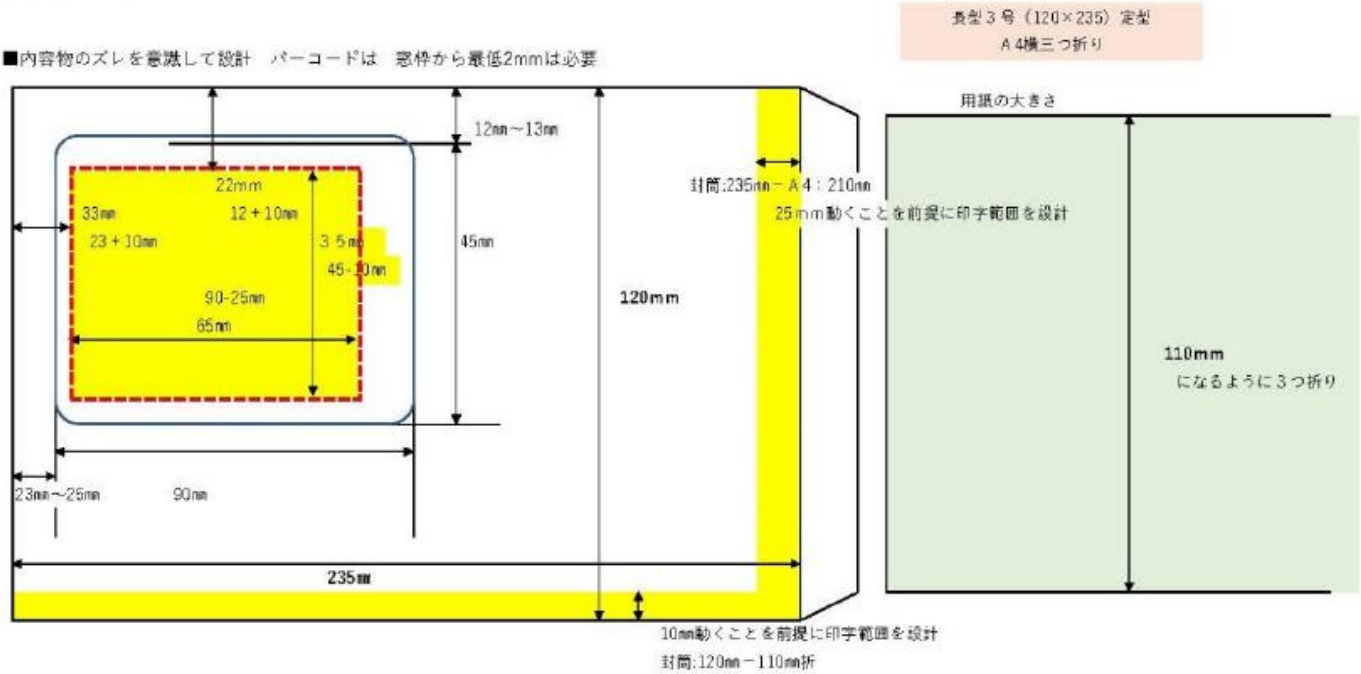
９９９－９９９９
●●県●●市●●１－２－３
あいうえおかきくけこ

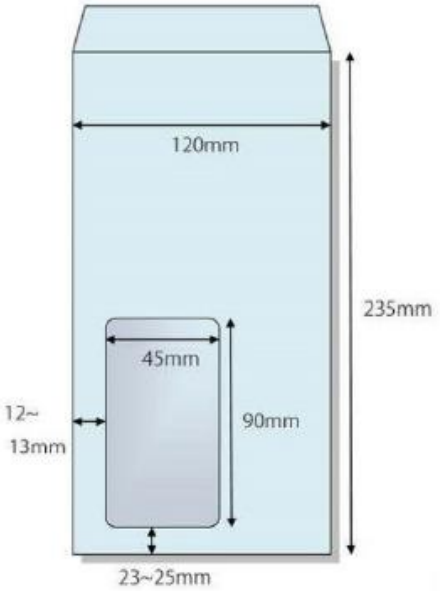
■■　太郎　様
（▲▲　花子　様分）

1

（参考）宛名部分に対応した封筒レイアウトを以下に示す。

封筒レイアウト





【窓あき封筒】
・封筒として長６封筒を推奨、長３封筒も利用可能
・窓あき封筒対応（45ｍｍ×90ｍｍ）用紙左から23 ～25ｍｍ、上から12～13ｍｍ
・内容物のズレを意識して設計→バーコードは窓枠から最低２ｍｍは必要

【三つ折り線】
　様式等に三つ折り線を記す場合は、以下を基準とする。
・左位置：10mm
・長６封筒の場合、上位置：99mm、198mmを基準とする
・長３封筒の場合、上位置：110mm、220mmを基準とする
※いずれの場合も三つ折り線の位置は基準を参考とすればよく厳密な位置の一致は求めない

９９９－９９９９
●●県●●市●●１－２－３
あいうえおかきくけこ

■■　太郎　様
（▲▲　花子　様分）

1

●●市福祉部障害福祉課
123-4567　●●市●●１－２－３
電話番号　987-6543-2111
FAX 番号　 123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳交付証明書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

下記の者は、身体障害者手帳の交付者であること（あったこと）を証明します。

固定文言１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
手帳番号			交 付 日	
総合等級			再交付日	
障害種別			返 還 日	
障 害 名				

	障害部位	部位等級	部位認定日	再認定年月
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

自由記載１

「障害部位ごとの等級等」に関する項目を、表形式で出力する。

自由記載２

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳交付（再交付）について

市（町村）長　印

先に申請のありました身体障害者手帳について、都道府県より送付されましたので、下記のとおりお渡しします。

固定文言１

つきましては、申請された窓口までお越しください。

記

氏　　名			生年月日	
住　　所			手帳番号	
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
固定文言２ お持ちいただくもの	**固定文言３＋編集１** 1.　この通知書 2.　身体障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く） 3.　受取りに来る方の本人確認書類			
固定文言４ 備　　考	**固定文言５＋編集２**			

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳交付（再交付）決定通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

先に申請された身体障害者福祉法による身体障害者手帳交付申請については、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

固定文言１＋編集１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
手帳番号			交付年月日	
総合等級			障害種別	
障 害 名				
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集２			

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

様式第４

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳交付申請却下決定通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

先に申請された身体障害者福祉法による身体障害者手帳交付申請については、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

固定文言１＋編集１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
申 請 日			申請事由	
理　　由				

自由記載１

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第１

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳の再認定について

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

障害程度に変化が予想され再認定を要するので身体障害者福祉法第１７条の２第１項及び児童福祉法第１９条第１項の規定に基づく診査が必要です。
なお、詳細については、再認定を行うべき月の概ね１か月前に改めて通知されますのでご了知願います。

固定文言１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
手帳番号				
障 害 名				
等　　級		再認定の時期		
再認定を要する理由	障害程度に変化が予想されるため			
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集１			

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第６

転入前自治体

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳居住地等変更通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

下記の者から居住地・氏名変更の届があったので通知します。
つきましては、更生指導の経過等に関する資料をFAX記載の（お問合せ先）まで送付願います。

固定文言１

記

異 動 日			
（旧）氏　名		生 年 月 日	
（旧）住　所			
手帳番号		交付年月日	
総合等級		障 害 種 別	
障 害 名			
変更後	氏　名		
	住　所		

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

年　月　日作成

身体障害者更生指導台帳			手帳番号		
障害者本人	カナ氏名		生年月日		
	氏　名				
	住　所			電話番号	
保護者	氏　名		本人との続柄		
	住　所				
初回交付年月日			再交付年月日		
総合等級			障害種別		
障害名					

	障害部位	部位等級	部位認定日	再認定年月	障害内容
1					
2					
3					
4			自由記載１		
5					
6	「障害部位ごとの等級等」に関する項目を、表形式で出力する。				
7					
8					
9					
10					

家族状況	氏　名	本人との続柄	生年月日

備考	固定文言１	固定文言２＋編集１

自由記載２

様式番号

身体障害者更生指導台帳

（指導記録）

障害者 氏　名	
住　所	

	年　月　日	サービス名称	指　導　記　録
ケース履歴			

○/○ ページ

自由記載１

様式番号

身体障害者更生指導台帳

自立支援医療（更生医療）

障害者 氏　名	
住　所	

年　　月　　日	内容（医療の具体的方針・有効期間）	負担上限月額	医療機関名

自由記載１

様式番号

身体障害者更生指導台帳

自立支援医療（育成医療）

障害者 氏　名	
住　所	

年　　月　　日	内容（医療の具体的方針・有効期間）	負担上限月額	医療機関名

自由記載１

様式番号

身体障害者更生指導台帳

補装具

障害者 氏　名	
住　所	

支給年月日	名　称	購・ 修・借	費　用　額		取扱業者名	固定文言１ 備　考
			公費負担額	本人負担額		
						編集１

○/○　ページ

自由記載１

様式番号

転出先市町村

第　　号

年　月　日

身体障害者更生指導記録票の送付について

市町村長　印

このことについて、下記のものが貴管内に転出の旨通知がありましたので別紙関係書類を送付します。
固定文言１

記

カナ氏名		生年月日	
氏　　名			
手帳番号			
障 害 名			
異動年月日			
旧 住 所			
新 住 所			
固定文言２ 備　　考	**固定文言３＋編集１**		

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

進達先

第　　号

年　月　日

身体障害者手帳の交付等申請者一覧（進達）

市（町村）長　印

下記の交付申請等について進達します。　固定文言１

記

○/○ ページ

No	受付番号 申請年月日 固定文言２	対象者氏名 保護者氏名	住　所	生年月日	申請事由	固定文言３ 備　考
						編集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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

(印字)様式番号

（縦11.4cm、横7.5cm×5面）

(印字)身体障害者手帳

(印字)初回交付日　＋　″　交付″
(印字)再交付日　＋　″　再交付″

写真
（縦4cm×横3cm）

(印字)手帳交付者コードのコード内容
(印字)手帳番号

旅客鉄道株式会社
旅 客 運 賃 減 額

(印字)種

氏　名 (印字)氏名
(印字)生年月日　＋　″　生″

余白　(印字)自由記載１

(印字)都道府県（市）
名

(印字)公印

本　人　の　欄		
現　住　所	変　更 年月日	福祉事務所長又は町村長印
(印字)住所		
(印字)固定文言１＋編集１		

注）住所や氏名が変わったときは、速やかに変更の届けを出してください。

保　護　者　の　欄	変　更 年月日	福祉事務所長又は町村長印
(印字)氏名 (印字)続柄 (印字)住所		
氏名 続柄 住所		
氏名 続柄 住所		
氏名 続柄 住所		

障　害　名
(印字)障害名
身体障害者等級表による級別　(印字)級

備考
(印字)設定に従う

(印字)自由記載２

様式第２

写　真
縦４cm×横３cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出してください

自由記載１

身体障害者手帳交付申請書

年　　月　　日

（申請者）
住所　〒

氏名
本人との続柄　　電話番号

本人	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名			
	居住地	〒　　□申請者に同じ	電話番号	
	個人番号			
保護者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名			
	居住地	〒　　□本人に同じ	本人との続柄	
			電話番号	
希望する手帳の様式		□　紙様式　　□　カード		

自由記載２（いずれかにチェック（✓）をいれてください）

（備考）
身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。その場合は、保護者欄を記入いただくようお願い致します。

固定文言１

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

私は、身体障害者福祉法第15条の規定により身体障害者手帳の交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

固定文言２

自由記載３

様式第７

写　真

縦４cm×横３cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出してください

自由記載１

身体障害者手帳再交付申請書

年　　月　　日

（申請者）
住所　〒

氏名
本人との続柄　　電話番号

本人	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名			
	居住地	〒　　□申請者に同じ	電話番号	
	個人番号			
保護者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名			
	居住地	〒　　□本人に同じ	本人との続柄	
			電話番号	

（備考）
◎ 身体障害のある 15 歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。その場合は、保護者欄を記入いただくようお願い致します。
◎ 再交付申請の理由が「２．破損・汚損」の場合は、個人番号は記入する必要はありません。

固定文言１

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

私は、身体障害者福祉法施行規則第７条第１項及び第８条第１項の規定により、次の理由により身体障害者手帳の再交付を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

固定文言２

理　　由	１．紛失　３．障害程度の変更　５．再認定 ２．破損・汚損　４．障害の追加　６．その他（　　）
希望する手帳の様式	□ 紙様式　□ カード様式（いずれかにチェック(✓)をいれてください）

固定文言３

自由記載２

既手帳交付内容

手帳番号		交付年月日	
等　　級	種　　級	再交付年月日	
障害名			

自由記載３

様式第10

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

第　　号

年　　月　　日

身体障害者死亡通知書

福祉事務所・町村長　印

下記の者について、死亡が確認されたので通知します。

固定文言１

記

カナ氏名		生年月日	
氏　　名			
住　　所			
手帳番号		交付年月日	
障 害 名			
死亡年月日			

（注）当該身体障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

固定文言２

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第5

身体障害者居住地等変更届書

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

私は、下記のとおり変更したので届け出ます。
固定文言１

記

届出事由	居住地変更 ・ 氏名変更 ・ **固定文言２** ）
異 動 日	

変更内容（変更事項のみ記載してください）

		旧（変更前）	新（変更後）
手帳所持者	フリガナ		
	氏　　名		
	居 住 地	〒	〒　　□届出者に同じ
	電話番号		
	個人番号		
保護者	フリガナ		
	氏　　名		
	居 住 地	〒	〒　　□届出者に同じ
	生年月日	年　　月　　日	年　　月　　日
	電話番号		
	続　　柄		

既交付の身体障害者手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年　　月　　日	等級	種　　級
障 害 名					

自由記載１

様式第8

身体障害者手帳返還届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。 固定文言１

記

手帳所持者	フリガナ							生年月日		年　月　日			
	氏　名												
	居住地	〒　　□届出者に同じ											
	個人番号												
返還理由		1．障害を有しなくなったため 2．手帳所持者が死亡したため 固定文言２ 3．その他（　　）											
返還事由発生日		年　月　日											

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年　月　日	総合等級	
障害名					

自由記載１

様式番号

身体障害者手帳交付証明書発行願

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（提出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、身体障害者手帳の交付を受けている（受けていた）ことを証する証明書の発行を依頼します。
固定文言１

記

証明書発行対象者

フリガナ	
氏　　名	
居 住 地	〒　　□提出者に同じ
生年月日	年　　月　　日
手帳番号	
理　　由	
備　　考	**固定文言２＋編集１**

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳の再認定について（再通知）

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

下記の再認定年月までに身体障害者福祉法第１７条の２第１項及び児童福祉法第１９条第１項の規定に基づく診査を行うよう依頼していますが、身体障害者手帳の再交付申請の手続きが行われていません。
つきましては、身体障害者福祉法第１５条により指定された医師の診断を受けたうえ、下記の期限までに身体障害者手帳の再交付申請の手続きを行ってください。
なお、下記の期限までに再交付申請の手続きが行われなかった場合は、身体障害者福祉法第１６条第２項の規定に基づき手帳の返還を命ずる可能性があります。

固定文言１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
手帳番号				
障 害 名				
等　　級		再認定の時期		
再認定を要する理由	障害程度に変化が予想されるため			
期　　限				
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集１			

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳返還命令書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

現在交付しています身体障害者手帳について、身体障害者福祉法第１６条第２項の規定により手帳の返還を命令します。　**固定文言１**

記

氏　　名			生 年 月 日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
手帳番号			交付年月日	
総合等級				
障 害 名				
理　　由	**固定文言２＋編集１**			

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　　987-6543-2111　　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳の再認定について（通知）

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

このことについて、再認定の時期となりましたので通知します。

つきましては、身体障害者福祉法第１５条により指定された医師の診断を受けたうえ、再認定年月の満了前に身体障害者手帳の再交付申請の手続きを行ってください。

固定文言１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
手帳番号				
障 害 名				
等　　級		再認定の時期		
再認定を要する理由	障害程度に変化が予想されるため			
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集１			

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

身体障害者手帳交付（再交付）について

市（町村）長　印

先に申請のありました身体障害者手帳について、都道府県より送付されましたので、交付します。
なお、手帳受領の上は、下記の「受領書」に記名のうえ、同封の返信用封筒にて返送先までご返送いただきますよう、よろしくお願いします。

固定文言１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所			手帳番号	
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
固定文言２ 返送していただくもの	**固定文言３＋編集１** 1.　このお知らせ（以下の「受領書」に記名してください） 2.　現在お持ちの旧身体障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）			
固定文言４ 返送先	**固定文言５＋編集２**			

受　領　書

身体障害者手帳を確かに受領しました。

年　　月　　日

市（町村）長　殿

自由記載１

受領者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（申請者との関係）

本人・家族・その他（　　）

自由記載２

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

身体障害者手帳取下届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、身体障害者手帳の申請を取下します。

固定文言１

記

取下理由	

対象者

フリガナ			
氏　　名			
居 住 地	〒　　□届出者に同じ		
生年月日	年　　月　　日	電話番号	

保護者

フリガナ		本人との続　柄	
氏　　名			
居 住 地	〒　　□届出者に同じ		
生年月日	年　　月　　日	電話番号	

既手帳交付内容

手帳番号		交付年月日	年　　月　　日	等級	種　　級
障 害 名					

（備考）
◎ 身体障害のある 15 歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっています。

固定文言２

自由記載１

様式番号

第　　号
年　　月　　日

療育手帳交付証明書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

下記の者は、療育手帳の交付者であることを（あったこと）を証明します。
固定文言１

記

手帳番号				交 付 日	
障害の程度（総合判定）		旅客運賃減額		再交付日	
次の判定年月				返 還 日	
氏　　名				生年月日	
住　　所					
保 護 者	氏　名			本人との続柄	
	住　所				
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集１				

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

療育手帳交付（再交付）について

市（町村）長　印

先に申請のありました療育手帳について、都道府県より送付されましたので、下記のとおりお渡しします。
つきましては、申請された窓口までお越しください。

固定文言１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所			手帳番号	
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
固定文言２ お持ちいただくもの	**固定文言３＋編集１** 1.　この通知書 2.　療育手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く） 3.　受取りに来る方の本人確認書類			
固定文言４ 備　　考	**固定文言５＋編集２**			

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

療育手帳交付（再交付）決定通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

先に申請された療育手帳交付申請については、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

固定文言１＋編集１

なお、「再判定年月」の満了前に必ず再判定を受けるようにしてください。

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
手帳番号			交付年月日	
障害の程度（総合判定）			次の判定年月	
固定文言２ 備　　考	**固定文言３＋編集２**			

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

教示文

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

療育手帳交付申請却下決定通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

先に申請された療育手帳交付申請については、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

固定文言１＋編集１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
申 請 日			申請事由	
理　　由				

自由記載１

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

療育手帳の再判定について

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

このことにつきまして、下記のとおり療育手帳の再判定の時期が近づいております。
つきましては、必要書類を確認のうえ、再判定の手続きを行ってください。

固定文言１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所				
保　護　者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
次の判定年月			手帳番号	
固定文言２ 申請に必要なもの	**固定文言３** 1.　療育手帳再交付・再判定申請書 2.　写真１枚（縦４cm×横３cm　胸から上・脱帽　最近１年以内のもの）			
固定文言４ 備　　考	**固定文言５＋編集１**			

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

転入前自治体

第　　号
年　　月　　日

知的障害者居住地変更通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

下記の者から居住地変更の届があったので通知します。
つきましては、知的障害者更生指導台帳を下に記載の（お問い合わせ先）まで送付願います。

固定文言１

記

異 動 日				
氏　　名			生年月日	
手帳番号			障害の程度 （総合判定）	
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
旧 住 所				
新 住 所				
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集１			

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

年　月　日作成

知的障害者更生指導台帳			手帳番号		
障害者 本　人	カナ氏名		生年月日		
	氏　　名				
	住　　所			電話番号	
保護者	氏　　名		本人との続柄		
	住　　所				
初回交付年月日			再交付年月日		
次の判定年月			障害の程度 （総合判定）		
判　　定　　日			判 定 機 関		

家族状況	氏　　名	本人との続柄	生年月日

固定文言１備考	固定文言２＋編集１

自由記載１

様式番号

知的障害者更生指導台帳

（指導記録）

障害者 氏　名	
住 所	

	年　月　日	サービス名称	指　導　記　録
ケース履歴			

○/○ ページ

自由記載 1

様式番号

転出先市町村

第　　号

年　月　日

知的障害者更生指導記録票の送付について

市町村長　印

このことについて、下記のものが貴管内に転出の旨通知がありましたので別紙関係書類を送付します。

固定文言１

記

カナ氏名		生年月日	
氏　　名			
手帳番号			
障害の程度 (総合判定)			
異動年月日			
旧 住 所			
新 住 所			
固定文言２ 備　　考	**固定文言３＋編集１**		

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

進達先

第　　号

年　月　日

療育手帳の交付等申請者一覧（進達）

市（町村）長　印

下記の交付申請等について進達します。　固定文言１

記

○/○ ページ

No	受付番号 申請年月日 固定文言２	対象者氏名 保護者氏名	住所	生年月日	申請事由	固定文言３ 備　考
						編集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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

(印字)様式番号

（Ｂ７とする　縦9.1cm、横12.8cm×４面）

(印字)療　育　手　帳

写真
(縦4cm×横3cm)

(印字)手帳番号　（○○県（市）　第　　号）
(印字)初回交付日　＋　″　交付″
(印字)再交付日　＋　″　再交付″

氏 名 (印字)氏名
(印字)生年月日　＋　″　生″

旅客鉄道株式会社旅客運賃減額　(印字)種(第○種)

余白
(印字)設定に従う
(印字)自由記載１

(印字)都道府県
（市）名

(印字)公印

－（１）－

本　　人	変更年月日	福祉事務所長又は町村長印	保　　護　　者	変更年月日	福祉事務所長又は町村長印
(印字)住所			(印字)氏名 (印字)続柄 (印字)電話 (印字)住所		
住所			氏名 続柄　　電話 住所		
住所			氏名 続柄　　電話 住所		
(印字)電話					
(印字)固定文言１＋編集１					

－（２）－

判　定　の　記　録		
障害の程度 （総合判定）	合併障害	(印字)障害名 （身体障害 (印字)総合等級 級）
(印字)障害程度	判定年月日	(印字)判定日
	次の判定年月	(印字)再判定年月
	判定機関	(印字)判定機関

判　定　の　記　録		
障害の程度 （総合判定）	合併障害	（身体障害　　級）
	判定年月日	
	次の判定年月	
	判定機関	

－（３）－

（予備欄）

(印字)設定に従う

(印字)自由記載２

－（４）－

［別添様式］

療育手帳交付申請書

写　真
縦４cm×横３cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出してください

自由記載１

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

年　　月　　日

（申請者）
住所　〒

氏名

本人との続柄　　電話番号

固定文言１

療育手帳の交付を受けたいので、次に申請いたします。

申請事由	新規交付　・都道府県又は指定都市の住所変更による交付

固定文言２

本人	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒　□申請者に同じ	電話番号	
	個人番号			
保護者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒　□本人に同じ	続　柄	
			電話番号	

参考事項

固定文言３

1　現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。　はい　・　いいえ
はいの場合　（相談所等の名称と相談年月）

2　施設等に入所していますか。　はい　・　いいえ
はいの場合　（施設等の名称）

3　特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。
はい　・　いいえ

※　判定の記録

障害の程度	（総合判定）	合併障害	（身体障害　　級）	判定年月日	
				次の判定年月	
				判定機関	

自由記載２

希望する手帳の様式	□ 紙様式　□ カード様式（いずれかにチェック（✓）をいれてください）

自由記載３

注意事項

1. 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
2. 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを付してください。
3. 太枠内を記入し、※印の欄は記入しないでください。

固定文言４

自由記載４

様式番号

療育手帳再交付・再判定申請書

写　真
縦4㎝×横3㎝
脱帽・上半身
年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出してください

自由記載１

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

年　　月　　日

（申請者）
住所　〒

氏名

本人との続柄　　電話番号

次のとおり申請いたします。

固定文言１

理由	1. 再交付（紛失・破損汚損・記載事項変更・その他（　　））　2. 再判定

固定文言２

本人	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒　□申請者に同じ	電話番号	
	個人番号			
保護者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒　□本人に同じ	続　柄	
			電話番号	

手帳番号		交付年月日		障害の程度（総合判定）	

希望する手帳の様式	□ 紙様式　□ カード（いずれかにチェック（✓）をいれてください）

自由記載２

再判定時の記載事項

前回の判定年月日		前回の判定機関	

固定文言３

参考事項

1　施設等に入所していますか。　はい　・　いいえ
はいの場合　（施設等の名称）

2　特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。
はい　・　いいえ

※　再判定時の判定の記録

障害の程度	（総合判定）	合併障害	（身体障害　　級）	判定年月日	
				次の判定年月	
				判定機関	

自由記載３

注意事項
1. 申請者氏名は、手帳の再交付又は再判定を受けようとされる本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
2. 太枠内を記入し、※印の欄は記入しないでください。
3. 個人番号は理由が再判定等の場合は記入してください。

固定文言４

自由記載４

様式番号

療育手帳記載事項変更届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

私は、下記のとおり変更したので届け出ます。固定文言１

記

届出事由	住所変更 ・ 氏名変更 ・ その他 固定文言２ ）
異 動 日	

変更内容（変更事項のみ記載してください）

		旧（変更前）	新（変更後）
手帳所持者	フリガナ		
	氏　　名		
	住　　所	〒	〒　□届出者に同じ
	施設等の名称		
	電話番号		
	個人番号		
保護者	フリガナ		
	氏　　名		
	住　　所	〒	〒　□手帳所持者に同じ
	生年月日	年　　月　　日	年　　月　　日
	電話番号		
	続　　柄		

既交付手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害の程度（総合判定）	

（注意事項）個人番号は理由が転入等の場合は記入してください。

自由記載１

様式番号

療育手帳返還届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、療育手帳を返還します。

固定文言１

記

手帳所持者	フリガナ							生年月日		年　月　日			
	氏　名												
	住　所	〒　　□届出者に同じ											
	個人番号												
返還理由	固定文言２ １．非該当になったため ２．手帳所持者が死亡したため ３．所管地域をまたぐ居住地の変更のため ４．その他（　　）												
返還事由発生日	年　月　日												

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害の程度（総合判定）	

自由記載１

別紙様式

療育手帳判定資料提供申出書

年　　月　　日

児　童　相　談　所　長　殿
知的障害者更生相談所長　殿

（申出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の対象者について、過去において療育手帳の判定を行っている判定機関の判定資料をできるだけ活用して、判定を行ってください。　固定文言１

記

対象者

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			
新 住 所	〒　　□申出者に同じ		
旧 住 所	〒		

現在所持している療育手帳　固定文言２

手帳番号		障害の程度（総合判定）	
判定機関	固定文言３		

注 意 事 項
1. 申出者は、療育手帳交付申請書の申請者と同一で、手帳の交付を受けようとする本人又はその保護者となります。
2. 過去の判定資料等の内容によっては、新住所地で新たに来所による判定を行う場合があります。

固定文言４

自由記載１

様式番号

療育手帳交付証明書発行願

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（提出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、療育手帳の交付を受けている（受けていた）ことを証する証明書の発行を依頼します。
固定文言１

記

証明書発行対象者

フリガナ			
氏　　名			
住　　所	〒　　□提出者に同じ		
生年月日	年　　月　　日		
手帳番号		障害の程度（総合判定）	
理　　由			
備　　考	**固定文言２＋編集１**		

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

療育手帳交付（再交付）について

市（町村）長　印

先に申請のありました療育手帳について、都道府県より送付されましたので、交付します。
なお、手帳受領の上は、下記の「受領書」に記名のうえ、同封の返信用封筒にて返送先までご返送いただきますよう、よろしくお願いします。

固定文言１

記

氏　　名			生年月日	
住　　所			手帳番号	
保 護 者	氏　名		本人との続柄	
	住　所			
固定文言２ 返送していただくもの	**固定文言３＋編集１** 1.　このお知らせ（以下の「受領書」に記名してください） 2.　現在お持ちの旧療育手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）			
固定文言４ 返送先	**固定文言５＋編集２**			

受　領　書

療育手帳を確かに受領しました。

年　　月　　日

市（町村）長　殿

自由記載１

受領者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（申請者との関係）

本人・家族・その他（　　）

自由記載２

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

第　　号

年　　月　　日

知的障害者死亡通知書

市（町村）長　印

下記の者について、死亡が確認されたので通知します。

固定文言１

記

カナ氏名		生年月日	
氏　　名			
住　　所			
手帳番号		交付年月日	
障害の程度 （総合判定）			
死亡年月日			

（注）当該知的障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

固定文言２

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

療育手帳取下届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、療育手帳の申請を取下します。

固定文言１

記

取下理由	

対象者

フリガナ			
氏　　名			
住　　所	〒　　□届出者に同じ		
生年月日	年　　月　　日	電話番号	

保護者

フリガナ		本人との続　柄	
氏　　名			
住　　所	〒　　□届出者に同じ		
生年月日	年　　月　　日	電話番号	

既交付手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年　　月　　日	障害の程度（総合判定）	

自由記載１

様式番号

第　　号
年　　月　　日

障害者手帳交付証明書

都道府県知事・指定都市市長　印

下記の者は、障害者手帳の交付者であること（あったこと）を証明します。
固定文言１

記

手帳番号		交 付 日	
障害等級		再交付日	
有効期限		返 還 日	
氏　　名		生年月日	
住　　所			
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集１		

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害者手帳交付（再交付）について

市（町村）長　印

先に申請のありました障害者手帳について、都道府県より送付されましたので、下記のとおりお渡しします。

固定文言１

つきましては、申請された窓口までお越しください。

記

氏　　名		生年月日	
住　　所		手帳番号	
固定文言２ お持ちいただくもの	**固定文言３＋編集１** 1.　この通知書 2.　障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く） 3.　受取りに来る方の本人確認書類		
固定文言４ 備　　考	**固定文言５＋編集２**		

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害者手帳交付決定通知書

都道府県知事・指定都市市長　印

先に申請された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４５条の規定による精神障害者保健福祉手帳交付申請については、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

なお、「有効期限」を経過すると精神障害者保健福祉手帳は無効になりますので、指定された年月には必ず更新の手続きを受けるようにしてください。

固定文言１

記

氏　　名		生年月日	
住　　所			
手帳番号		交 付 日	
障害等級		有効期限	
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集１		

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

通　　知　　書

都道府県知事・指定都市市長　印

先に申請された精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第４５条の規定による精神障害者保健福祉手帳交付申請については、下記の理由により承認されませんでしたので通知します。

固定文言１

記

氏　　名		生年月日	
住　　所			
申 請 日		申請事由	
理　　由			

自由記載１

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害者手帳更新のお知らせ

都道府県知事・指定都市市長　印

このことにつきまして、下記のとおり障害者手帳の更新の時期が近づいております。
つきましては、必要書類を確認のうえ、更新の手続を行ってください。

固定文言１

記

氏　　名		生年月日	
住　　所			
有 効 期 限		手帳番号	
固定文言２ 備　　考	固定文言３＋編集１		

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

障害者手帳の交付申請者一覧（進達）

年　月　日

市町村名

○/○ ページ

No	申請年月日	精神障害者（児）氏名	住所	生年月日	申請事由	手帳番号	自立支援医療		固定文言１	固定文言２
							申請事由	受給者番号	備　　考	進達先利用
									編集１	

様式番号

進達先

第　　号
年　月　日

障害者手帳の進達伺一覧

市（町村）長　印

下記の交付申請等について進達します。　**固定文言１**

記

No	申　請　事　由	件　数			自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数
			診断書	年金証書	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
合計					

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

（縦９cm、横６cm×４面）

（印字）別紙様式４

（印字）障 害 者 手 帳

写真
（縦4cm×横3cm）

余白
（印字）
設定に
従う

（印字）
自由記
載１

氏　名　（印字）氏名
住　所　（印字）住所

生年月日　（印字）生年月日
障害等級　（印字）障害等級
手帳番号　（印字）手帳番号

交付日　（印字）交付日
有効期限　（印字）有効期限

（更新）

（更新）

（更新）

（更新）

（印字）都道府県
（指定都市）名

（印字）公印

（精神保健及び精神障害者福祉に
関する法律第45条の保健福祉手帳）

余白
（印字）設定に従う

（印字）自由記載２

備　　考

（印字）設定に従う

（印字）自由記載３

注１）住所や氏名が変わったときは、変更届を出してください。
注２）更新の申請は、有効期限の３か月前から市町村役場で行うことができます。

（別紙様式１）

※市町村名
※受理年月日　　年　　月　　日

自由記載１

写　真
縦４cm×横３cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出してください

自由記載２

障害者手帳交付申請書

都道府県知事・指定都市市長　殿

年　　月　　日

私は、次の事項（○印）について申請します。
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の
［　新規交付　・　更新　・　障害等級変更　・　都道府県又は指定都市間の住所変更による交付　］
（申請項目を○で囲んでください）
また、障害者手帳の様式については、［　紙様式　・　カード様式　］を希望します。
（交付を希望する様式を○で囲んでください。）

固定文言１

申請者（精神障害者本人）	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	住　所	〒	電話番号	（　　）
	個人番号			
家族等の連絡先（申請者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		本人との続柄	
	氏　名			
	住　所	〒　□申請者に同じ	電話番号	（　　）
添付書類（○印）	□ 医師の診断書（手帳用）【＊】 □ 年金証書等の写し（　　級）【＊】　・　同意書 □ 特別障害給付金受給資格者証等の　　級）【＊】　・　同意書 □ 写真 （【＊】はマイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には添付不要）			
既存の手帳	※有効期限		※手帳番号	
申請書を提出した者	氏名		本人との関係	
	住所	〒　□申請者に同じ	電話番号	（　　）

固定文言２

（注）１　手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証」（特別障害者給付金支給決定通知書）及び国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写しが必要です。（ただし、マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には、添付は不要です。）
２　マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合又は年金証書等の写し若しくは特別障害給付金受給者資格者証等の写しによる申請の場合は、障害のために年金事務所又は各共済組合等に対し、年金の障害等級を照会することがあります。
３　写真は、脱帽して上半身を写したもの（申請者の申出により、都道府県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）で、１年以内に撮影したものであること。なお、紙様式の場合には、縦４cm×横３cm、カード様式の場合には、加工が可能な大きさの写真を提出してください。
４　※の欄は記入しないでください。

固定文言３

自由記載３

（別紙様式７）

※市町村名
※受理年月日　　年　　月　　日

自由記載１

写　真
縦４cm×横３cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出してください

自由記載２

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

都道府県知事・指定都市市長　殿

年　　月　　日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の事項（○印）の届出・申請をします。

固定文言１

１　［　①都道府県又は指定都市内における住所変更、②都道府県又は指定都市を越える住所変更、③氏名の変更　］の届出

固定文言２

（変更内容）

旧	住所	
	氏名	
新		

２　［　①汚れ、②破り、③紛失、④その他（　　）］　したため再交付の申請

３　手帳の様式を変更するための再交付申請

固定文言３

申請者（精神障害者本人）	フリガナ			生年月日	年　　月　　日
	氏　　名				
	住　　所	〒		電話番号	（　　）
	個人番号				
現行の手帳番号					
申請書を提出した者	氏　名			本人との関係	
	住　所	〒　□申請者に同じ		電話番号	（　　）

（注）都道府県又は指定都市の区域を越える住所変更をしたときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出してください。

固定文言４

自由記載３

様式番号

障害者手帳返還届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市市長　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳を返還します。
固定文言１

記

手帳所持者	フリガナ							生年月日		年　月　日			
	氏　名												
	住　所	〒　　□届出者に同じ											
	個人番号												
返還理由		１．障害等級に該当する精神障害でなくなったため ２．手帳所持者が死亡したため　固定文言２ ３．その他（　　）											
返還事由発生日		年　月　日											

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害等級	

自由記載１

様式番号

障害者手帳障害年金等に係る同意書

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市市長　殿

（同意者）
住所　〒

氏名
（本人との続柄）

私は、精神障害者保健福祉手帳の交付申請にあたり、日本年金機構等の年金の支給権者に対し、下記の事項について照会することに同意します。

固定文言１

記

対象者

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
氏　　名			
住　　所	〒　　□同意者に同じ		

同意事項
支給されている障害年金、特別障害給付金の支給事由及び障害等級等について

固定文言２

情報照会先等の把握のため、次の１～２を記載してください。

１．現在受給されている障害年金、特別障害給付金を支給している機関を、以下から〇で囲んでください。

固定文言３

１．日本年金機構（障害年金／特別障害　２．国家公務員共済組合連合会
３．地方職員共済組合　４．地方職員共済組合団体共済部　５．公立学校共済組合
６．警察共済組合　７．東京都職員共済組合　８．全国市町村職員共済組合連合会
９．日本私立学校振興・共済事業団

２．現在受給されている障害年金、特別障害給付金は、いつから支給されていますか。

固定文言４

（　　年　　月）

自由記載１

様式番号

障害者手帳交付証明書発行願

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市市長　殿

（提出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、障害者手帳の交付を受けている（受けていた）ことを証する証明書の発行を依頼します。　**固定文言１**

記

証明書発行対象者

フリガナ	
氏　　名	
住　　所	〒　　□提出者に同じ
生年月日	年　　月　　日
手帳番号	
理　　由	
備　　考	**固定文言２＋編集１**

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害者手帳交付（再交付）について

市（町村）長　印

先に申請のありました障害者手帳について、都道府県より送付されましたので、交付します。
なお、手帳受領の上は、下記の「受領書」に記名のうえ、同封の返信用封筒にて返送先までご返送いただきますよう、よろしくお願いします。

固定文言１

記

氏　　名		生年月日	
住　　所		手帳番号	
固定文言２ 返送していただくもの	**固定文言３＋編集１** 1.　このお知らせ（以下の「受領書」に記名してください） 2.　現在お持ちの旧障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）		
固定文言４ 返送先	**固定文言５＋編集２**		

受　領　書

障害者手帳を確かに受領しました。

年　　月　　日

市（町村）長　殿

自由記載１

受領者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（申請者との関係）

本人・家族・その他（　　）

自由記載２

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害者手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院）更新のお知らせ

都道府県知事・市（町村）長　印

このことにつきまして、下記のとおり障害者手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院）の更新の時期が近づいております。

固定文言１

つきましては、必要書類を確認のうえ、更新の手続きを行ってください。

記

氏　　名		生 年 月 日	
住　　所			
障害者手帳 有 効 期 限		障害者手帳 番　　号	
自立支援医療 （精神通院） 有 効 期 間		自立支援医療 （精神通院） 受給者番号	
固定文言２ 備　　考	**固定文言３＋編集１**		

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

障害者手帳取下届

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市市長　殿

（届出者）
住所　〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳の申請を取下します。
固定文言１

記

取下理由	

対象者

フリガナ			
氏　　名			
住　　所	〒　　□届出者に同じ		
生年月日	年　　月　　日	電話番号	

保護者

フリガナ		本人との続　柄	
氏　　名			
住　　所	〒　　□届出者に同じ		
生年月日	年　　月　　日	電話番号	

既交付手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年　　月　　日	障害等級	

自由記載１

様式第４号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名認定通知書

福祉事務所長　　印

申　請　日付けで請求のありました手　　当　　名の受給資格については、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

受給者氏名			
受給者住所			
支給手当月額	円	支給開始年月	年　　月から
振込先又は支払場所			
備　　考	固定文言１＋編集１		

自由記載１

教示文

この認定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載２

1　障害児福祉手当・特別障害者手当（福祉手当）は、２月、５月、８月、11月の年４回、それぞれの月の前月までの分をまとめて支払うこととなっています。

　また、支払日は、当該支払月の　　日（日曜日、土曜日、祝日等の場合は、その直前の日曜日等ではない日）となります。

2　この手当等を受けるには、毎年８月 12 日から９月 11 日の間に、あなたやあなたの扶養義務者等についての前年の所得状況を届け出る必要があります。

3　あなたの氏名や住所などを変更したときは、14日以内に福祉事務所に届けてください。

4　この認定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

　ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。

5　この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。)、提起することができます。

　ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

様式第５号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名認定請求却下通知書

福祉事務所長　　印

申　請　日付けで手　　当　　名の認定請求がありましたが、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

氏　　名	
住　　所	
却下した理由	

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名再認定通知書

福祉事務所長　　印

有期認定の標記手当について、障害程度について審査したところ、下記のとおり継続支給することに認定しましたので通知します。

固定文言１

記

受給者氏名			
受給者住所			
支給手当月額		支給開始年月	から
振込先又は支払場所			
備考 固定文言２	固定文言３＋編集１		

この認定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名支給開始決定通知書

福祉事務所長　　印

申　請　日付けで届出のありました手　　当　　名については、下記のとおり支給を開始しますので通知します。

なお、支給開始年月－１か月分以前に未払いの手当があった場合、該当分については前居住地を管轄する市区町村が支給しますのでご注意ください。

記

受給者氏名			
受給者住所			
支給手当月額		支給開始年月	から
振込先又は支払場所			
備考 固定文言１	固定文言２＋編集１		

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第６号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名支給停止通知書

福祉事務所長　　印

あなたの手　　当　　名については、下記のとおり、支給停止しましたので通知します。

記

受給者氏名	
受給者住所	
支給停止の理由	
支給停止の期間	年　　月から　　年　　月まで
備　　考	固定文言１＋編集１

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

固定文言２

支給停止の措置を受けた場合で、翌年8月以降について手当の支給を受けることを希望するときは、翌年8月12日から9月11日の間に所定の書類により所得状況届を提出してください。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第６号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名支給停止解除通知書

福祉事務所長　　印

あなたの手　　当　　名については、下記のとおり、支給停止解除しましたので通知します。

記

受給者氏名	
受給者住所	
支給停止解除の理由	
支給停止解除の期間	
備考	固定文言１＋編集１

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名一時差止通知書

福祉事務所長　　印

あなたの手　　当　　名については、下記のとおり、一時差止しましたので通知します。

記

受　給　者　氏　名	
受　給　者　住　所	
一 時 差 止 の 理 由	
一時差止開始年月	
備　　考 固定文言１	固定文言２＋編集１

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名一時差止解除通知書

福祉事務所長　　印

あなたの手　　当　　名手当については、下記のとおり、一時差止解除しましたので通知します。

記

受　給　者　氏　名	
受　給　者　住　所	
一時差止解除の理由	
一時差止解除年月	
備　　考 固定文言１	固定文言２＋編集１

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第９号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名資格喪失通知書

福祉事務所長　　印

下記のとおり、手　　当　　名の受給資格がなくなりましたので通知します。

記

受給者氏名	
受給者住所	
受給資格がなくなった理由	
受給資格がなくなった日	年　　月　　日
備考 固定文言１	固定文言２＋編集１

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名の診断書の提出について

福祉事務所長　印

下記の診断書を診断書の提出期限までに、提　出　先に提出してください。

なお、正当な理由がなく提出期限内に提出しない場合には、特別児童扶養手当等の支給に関する法律第１１条の規定により、診断書の提出期限の翌月分から手当を受けることができなくなります。また、手当が所得制限により支給停止となる場合は、診断書の提出を省略することができます。

記

受　給　者　氏　名	
受　給　者　住　所	
提　出　書　類	固定文言１＋編集１ 診断書
提出を要する理由	固定文言２ 引き続いて手当の支給を受けるためには障害の状態を確認する必要があります。
備　　考 固定文言３	固定文言４＋編集２

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名の所得状況届の提出に関するご案内

福祉事務所長　印

下記の書類を提出期限までに、提　出　先に提出してください。
なお、所得状況届の提出が提出期限内に提出されない場合には、該当年度の8月分以降の支給が遅れる場合がありますので注意してください。

固定文言１＋編集１

記

受　給　者　氏　名	
受　給　者　住　所	
提　出　書　類	固定文言２＋編集２
提出を要する理由	固定文言３
備　　考 固定文言４	固定文言５＋編集３

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

○○年度

手　当　名所得状況関係連名簿

年　月　日
○/○ ページ

認定番号	氏　名		所得確定	前年支給状況	所　得　額		控　除		扶養人数		本人該当		備　考
	住　所			転入日									
世帯通番	続　柄	生年月日	年齢	資格喪失日									
					総　所　得　額		雑　損		⑧扶養		障　害		編集１
					繰 越 損 失 額		医療費		⑦老人		特障害		
					その他所得額		掛　金		㋑特定		寡　婦		
					控除後所得額		配偶者		障　害		ひとり		
							保険料		特障害		勤　学		
					総　所　得　額		雑　損		⑧扶養		障　害		
					繰 越 損 失 額		医療費		⑦老人		特障害		
					その他所得額		掛　金		㋑特定		寡　婦		
					控除後所得額		配偶者		障　害		ひとり		
							保険料		特障害		勤　学		
					総　所　得　額		雑　損		⑧扶養		障　害		
					繰 越 損 失 額		医療費		⑦老人		特障害		
					その他所得額		掛　金		㋑特定		寡　婦		
					控除後所得額		配偶者		障　害		ひとり		
							保険料		特障害		勤　学		
					総　所　得　額		雑　損		⑧扶養		障　害		
					繰越損失額		医療費		⑦老人		特障害		
					その他所得額		掛　金		㋑特定		寡　婦		
					控除後所得額		配偶者		障　害		ひとり		
							保険料		特障害		勤　学		
					総　所　得　額		雑　損		⑧扶養		障　害		
					繰越損失額		医療費		⑦老人		特障害		
					その他所得額		掛　金		㋑特定		寡　婦		
					控除後所得額		配偶者		障　害		ひとり		
							保険料		特障害		勤　学		
					総　所　得　額		雑　損		⑧扶養		障　害		
					繰越損失額		医療費		⑦老人		特障害		
					その他所得額		掛　金		㋑特定		寡　婦		
					控除後所得額		配偶者		障　害		ひとり		
							保険料		特障害		勤　学		

様式番号

窓空宛名

A201 自由記載１ 0020A

通　　番	
認定番号	

特別障害者手当現況届　（　　年度）

受　給　者	フリガナ		生年月日	
	氏　　名			
	住　　所	〒	電話番号	
配　偶　者	氏　　名		住所	〒　□受給者に同じ
扶養義務者	氏　　名	（受給者との続柄　　）	住所	〒　□受給者に同じ
	氏　　名	（受給者との続柄　　）	住所	〒　□受給者に同じ

(受給者のみ) 施設への 入所状況	□入所中　□入所予定	□（過去1年以内に）入所していた	□入所していない
	年　月　日から	年　月　日から 年　月　日まで	
	施設名		
	※通所施設・短期入所・グループホーム等は施設入所にあたりません	固定文言１	
(受給者のみ) 病院への 入院状況	□入院中　□入院予定	□（昨年４月から現在にかけ）継続して３か月を超える入院をしていた	□入院していない
	年　月　日から	年　月　日から 年　月　日まで	
	病院名（介護老人保健施設等を含む）		

(受給者のみ) 公的年金の 受給状況	□受給している　□申請中			□受給していない
	年金の名称	年金の種類	年金額（受取額）	
			円	
			円	

※年金の名称　1国民年金　2厚生年金　3共済年金　4船員年金　5恩給　6労災年金　7その他
※年金の種類　1老齢年金　2障害年金　3遺族年金　4退職年金　5障害補償年金　6寡婦(夫)年金　7その他
（注意）障害年金・遺族年金・寡婦(夫)年金の受給者は前年中に受給した年金額を確認できるもの（年金振込通知書や通帳の写し等）、また前年度に年金を受給開始した方は年金証書の写しを提出してください。

固定文言２

(受給者のみ)　前年末時点における１６歳以上１９歳未満の児童の所得税法上の扶養状況	□扶養していた（　　人）	□扶養していない
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。	

上記のとおり届出します。　固定文言３

年　　月　　日

殿

受給者氏名

届出人氏名

連　絡　先　　－　　－

自由記載２

様式番号

窓空宛名

A201 自由記載１ 0020A

通　　番	
認定番号	

障害児福祉手当現況届　（　　年度）

受　給　者	フリガナ		生年月日	
	氏　　名			
	住　　所	〒	電話番号	
配　偶　者	氏　　名		住所	〒　□受給者に同じ
扶養義務者	氏　　名	（受給者との続柄　　）	住所	〒　□受給者に同じ
	氏　　名	（受給者との続柄　　）	住所	〒　□受給者に同じ

(受給者のみ) 施設への 入所状況	□入所中　□入所予定	□（過去1年以内に）入所していた	□入所していない
	年　月　日から	年　月　日から 年　月　日まで	
	施設名		
	※通所施設・短期入所・グループホーム等は施設入所にあたりません		

固定文言１

(受給者のみ) 公的年金の 受給状況	□受給している　□申請中			□受給していない
	年金の名称	年金の種類	基礎年金番号	

誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

※年金の名称　1国民年金　2厚生年金　3共済年金　4遺族年金　5恩給　6労災年金　7その他
※年金の種類　1障害年金　2障害補償年金

固定文言２

上記のとおり届出します。

固定文言３

年　　月　　日

殿

受給者氏名

届出人氏名

連　絡　先　　－　　－

自由記載２

様式番号

窓空宛名

A201 自由記載１ 0020A

通　　番	
認定番号	

経過的福祉手当現況届　（　　年度）

受　給　者	フリガナ		生年月日	
	氏　　名			
	住　　所	〒	電話番号	
配　偶　者	氏　　名		住所	〒　　□受給者に同じ
扶養義務者	氏　　名	（受給者との続柄　　）	住所	〒　　□受給者に同じ
	氏　　名	（受給者との続柄　　）	住所	〒　　□受給者に同じ

(受給者のみ) 施設への 入所状況	□入所中　□入所予定	□（過去1年以内に）入所していた	□入所していない
	年　月　日から	年　月　日から 年　月　日まで	
	施設名		
	※通所施設・短期入所・グループホーム・有料老人ホーム等は施設入所にあたりません		

固定文言１

(受給者のみ) 公的年金の 受給状況	□受給している　□申請中			□受給していない
	年金の名称	年金の種類	基礎年金番号	

※年金の名称　1国民年金　2厚生年金　3共済年金　4船員年金　5恩給　6特別障害給付金　7その他

※年金の種類　1障害年金　2障害補償年金

固定文言２

(受給者のみ)　前年末時点における１６歳以上１９歳未満の児童の所得税法上の扶養状況	□扶養していた（　　人）	□扶養していない
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。	

上記のとおり届出します。

固定文言３

年　　月　　日

殿

受給者氏名

届出人氏名

連　絡　先　　－　　－

自由記載２

様式第三号(第二条・第五条関係)

A201 自由記載１ 20A

※受付　　年　　月　　日	認定番号	

障害児福祉手当（福祉手当）　所得状況届

①　受給資格者	(フリガナ) 氏名	個人番号	
	住所　〒		
②　配偶者	(フリガナ) 氏名	個人番号	住所　〒　　□受給資格者に同じ
③　扶養義務者	(フリガナ) 氏名	個人番号	住所　〒　　□受給資格者に同じ
	(受給資格者との続柄)		

④　年所得		⑤　受給資格者		⑥　配偶者		⑦　扶養義務者	
⑧	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数（受給資格者については、㋐70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㋑特定扶養親族の数、㋒16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人 (㋐　人) (㋑　人) (㋒　人)		人 (　人)		人 (　人)	
⑨	所得額	円	※㋐円	円	※㋑円	円	※㋒円
控除	⑩ 障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	⑪ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	⑫ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
	⑬	円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円
	⑭ 社会保険料等相当額	円	円		円		円
⑮	控除後の所得額	円		円		円	

誓約事項	□ 所得額等について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

上記のとおり相違ありません。

固定文言１

年　　月　　日

殿　　氏　名　　電話番号

※審査	

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書(かい)ではっきり書いてください。

◎※の欄は記入しないでください。　　(A列4番)

（裏面）

注意

1　③の欄は、あなたの子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、あなたの生計を維持している人について記入してください。

2　⑧の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族(以下「扶養親族等」という。)の合計数を記入してください。

なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により(　　)内に再掲してください。

1　受給者については、㋐に70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、㋑に特定扶養親族の数を、㋒に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。

2　配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。

3　⑨の欄は、前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額（給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額）、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除額を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。

4　⑩の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。

5　⑪の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。

6　⑫の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを〇で囲んでください。

7　⑬の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額を記入してください。

8　⑭の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに当該控除額を記入してください。

この所得状況届には、次の書類を添えて出してください。

1　⑨の欄の所得額について、市区町村長の証明書

2　⑩から⑬までの欄に記入した事項について、市区町村長の証明書

自由記載２

様式第七号（第十五条関係）　　（　表　面　）

自由記載１

※受付　年　月　日	認定番号	

特別障害者手当所得状況届

① 受給資格者	（フリガナ） 氏　名	個人番号	
	住　所　〒		
② 配　偶　者	（フリガナ） 氏名	個人番号	住　所 〒　□受給資格者に同じ
③ 扶養義務者	（フリガナ） 氏名	個人番号	住　所 〒　□受給資格者に同じ
	(受給資格者との続柄)		

④　年　所得	⑤ 受　給　資　格　者		⑥ 配　偶　者		⑦ 扶　養　義　務　者	
⑧ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数（受給資格者については，㋐70歳以上の同一生計配偶者及び老人 扶養親族の合計数，㋑特定扶養親族の数、㋒16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））	人 （㋐　人） （㋑　人） （㋒　人）		人 （　人）		人 （　人）	
⑨ 受給資格者に係る所得額（欄外の記入要領参照）	円	※ア　円				
⑩ 配偶者・扶養義務者に係る所得額			円	※イ　円	円	※ウ　円
⑪ 障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
⑫ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
⑬ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
⑭	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円
⑮ 社会保険料等相当額	円	円		円		円
⑯ 控除後の所得額	円		円		円	

誓約事項	□ 所得額等について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

上記のとおり相違ありません。

固定文言１

年　月　日

殿　　氏　名　　電話番号

※審査	

（注）　⑨欄の記入要領

1　裏面の公的年金等を受給していない人は、都道府県民税に係わる前年（1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は前々年）の課税所得（給与所得がある場合には、給与所得の金額から10万円を控除した額）を記入してください。

2　裏面の公的年金等を受給している人は、右により計算した所得額（Gの欄の額）を記入してください。

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎　字は楷書ではっきりと書いてください。
◎　※の欄は記入しないでください。

公的年金等の収入金額 （種類　・　） （種類　・　） （種類　・　）	A	円	※　円
Aの金額の65歳未満である者に係る公的年金等控除後の金額	B	円	円
給与所得控除後の給与所得額	C	円	円
特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令第5条第1項による控除（10万円）	D	円	円
公的年金等以外の雑所得金額	E	円	円
雑所得及び給与所得以外のすべての所得額	F	円	円
所得額（B＋C－D＋E＋F）	G	円	円
備考			

（裏面）

注意

1　③の欄は、あなたの子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、あなたの生計を維持している人について記入してください。

2　⑧の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。
　なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により（　　）内に再掲してください。
(1)　受給者については、㋐に70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、㋑に特定扶養親族の数を、㋒に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
(2)　配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。

3　⑨の欄は、所得がない場合は「なし」と記入してください。

4　⑩の欄は、前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額（給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額）、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。

5　⑪の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。

6　⑫の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。

7　⑬の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。

8　⑭の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額を記入してください。

9　⑮の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに当該控除額を記入してください。

10　(注)の表中
　ア　Aの欄は、下表に掲げる公的年金等(課税対象年金・恩給を含む。)のすべての収入金額を記入してください。また、（　　）内に「公的年金等」から該当する記号(ネについては、これに加え、当該公的年金等の名称)を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、老齢年金等)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときはそれぞれ記入してください。
　イ　Bの欄は、Aの欄の金額から所得税法第35条第4項の年齢65歳未満である者に係る公的年金等控除額に相当する額を控除した後の金額を記入してください。
　ウ　Eの欄は、「公的年金等」以外の雑所得の金額(所得税法第35条第2項第2号に掲げる金額)を記入してください。
　エ　Fの欄は、都道府県民税の対象となった、雑所得以外の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、超短期所有土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計を記入してください。

この所得状況届には、次の書類を添えて出してください。
(1)公的年金等を除く所得額について、市区町村長の証明書
(2)公的年金等の収入金額について明らかにすることのできる証明書(年金証書等の写)
(3)⑪から⑭までの欄に記入した事項について、市区町村長の証明書

イ　国民年金
ロ　厚生年金保険の年金
ハ　船員保険の年金
ニ　恩　給
ホ　国家公務員等共済組合の年金
ヘ　条例による地方公務員の年金
ト　地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会又は旧市町村職員共済組合の年金
チ　日本私立学校振興・共済事業団の年金
リ　農林漁業団体職員共済組合の年金
ヌ　国会議員互助年金
ル　日本製鉄八幡共済組合の年金
ヲ　執行官の恩給
ワ　旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員等共済組合連合会が支給する年金
カ　戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
ヨ　未帰還者の留守家族手当
タ　労働者災害補償制度の年金
レ　国家公務員災害補償制度の年金
ソ　公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ツ　地方公務員災害補償制度の年金
ネ　所得税法第35条第2項に規定する公的年金等で上記イ～ツに該当しない課税対象年金

自由記載２

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名所得状況届督促通知書

福祉事務所長　　印

あなたの手　　当　　名については、下記の理由により、支給差止しましたので通知します。下記の提出期限までに所得状況届を提出してください。

固定文言１＋編集１

記

受給者氏名	
受給者住所	
支給差止の理由	提出期間内に所得状況届が未提出であり、受給者の所得状況等について確認ができないため
支給差止の期間	から
提出期限	
備考 固定文言２	固定文言３＋編集２

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第（1）（2）（3）号

（表　面）

（都道府県名）	○○○○○手当受給者台帳		
（実施機関名）	（認定年月日　年　月　日 支給開始年月　年　月）	整理番号	
		個人番号	

氏名	（フリガナ） （　変更）	住所	（　・　・　変更）	支払（支払方法）地		公的給付支給等口座 有・無
	（フリガナ） （　変更）				（　・　・　変更）	公的給付支給等口座 有・無
障害名				障害の程度		

手当額			所得状況					
月額	改定年月		年次	届出の有無	所得制限該当・非該当別	支給停止期間		
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	
円	・　・		年	有・無	該・非（災）	年　月から	年　月まで	

受給資格喪失年月日	年　月　日	受給資格喪失事由	

備考	固定文言１＋編集１	配偶者		個人番号		
		扶養義務者（続柄）	（　）	個人番号		同居 別居

（裏　面）

氏　　名						整理番号					
手　当　支　払　記　録											
区　　分		5　　月	8　　月	11　　月	2　　月	区　　分		5　　月	8　　月	11　　月	2　　月
年	支払額	円	円	円	円	年	支払額	円	円	円	円
	支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・		支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・
年	支払額	円	円	円	円	年	支払額	円	円	円	円
	支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・		支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・
年	支払額	円	円	円	円	年	支払額	円	円	円	円
	支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・		支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・
年	支払額	円	円	円	円	年	支払額	円	円	円	円
	支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・		支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・
年	支払額	円	円	円	円	年	支払額	円	円	円	円
	支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・		支払済年月日	・　・	・　・	・　・	・　・

様式第７号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名被災非該当通知書

福祉事務所長　　印

申　請　日付けで被災状況書の提出がありましたが、下記のとおり支給停止を解除することに該当しませんので通知します。

記

受給者氏名	
受給者住所	
被災状況非該当の理由	
備　　考	固定文言１＋編集１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村（都道府県がした処分については都道府県）を被告として(訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。)、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

翌年８月以降について再び手　　当　　名を受けようとするときは、翌年８月 12 日から９月 11 日の間に所定の書類により所得状況届を提出してください。

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

手　　当　　名支払通知書

福祉事務所長　印

下記のとおり　ご指定の預金口座に振込の手続きをしましたので、通知します。

固定文言１

記

受　取　人　氏　名		
振込情報	金融機関名	
	支　店　名	
	口座種別	
	口座番号	
	口座名義人カナ	
	振込年月日	
	振　込　額	
備　考 **固定文言２**		**固定文言３＋編集１**

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

手　　当　　名支出内訳書

○／○　　頁

依頼日　　年　　月　　日

依頼元

支払 指定日	

支払指定日 固定文言１ のとおりお支払ください。

No	受給者名	受給者住所	支払金額	備　考 固定文言２
				編集１

小　計	口数		支払 金額	
合　計	口数		支払 金額	

様式番号

手　当　名口座振込依頼書

御中

依頼日　　年　　月　　日

依頼元

課

振込指定日	

固定文言１

振込指定日にてご指定のとおりお支払ください

No	振込先金融機関名	預金種目	口座番号	口座名義人	振込金額（円）	備考 固定文言２
						編集１

小　計	口数		振込金額	
合　計	口数		振込金額	

様式番号

転出元市町村

第　　号

年　月　日

手　当　名受給者台帳の送付依頼について

福祉事務所長　印

このことについて、下記の者が　　年　　月　　日付けをもって貴管内から転出し本市にて手　当　名の申請がありましたので、貴管内での支給を記録した受給者台帳の送付を依頼します。

記

カナ氏名		生年月日	
氏　　名			
旧 住 所			
新 住 所			
備　　考 固定文言１	固定文言２＋編集１		

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第一号(第二条関係)

(表　面)

※受付　　年　　月　　日

障害児福祉手当認定請求書

認定を受けようとする者	① (フリガナ) 氏　　名		
	② 生年月日	年　　月　　日	満　　歳
	③ 住　　所	〒	
	④ 個人番号		
他制度の適用状況	⑤ 障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況	1 受給している 2 支給停止されている 3 申請中 4 受給していない	年金等の種類 (　　) 証書記号番号 (　　)
	固定文言１ ⑥ 身体障害者手帳の所有状況	1 あり　番　号(　　) 等　級(固定文言２＋編集１　　級) 障害名(　　)　2 なし	
⑦ 施設への入所状況		1 入所している(　固定文言３　)　2 入所していない	
⑧ そ の 他		固定文言４	
⑨ 支払希望金融機関	受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。　固定文言５ □ 以下の口座を振込先とする。	
	銀　行 信用金庫 (　　)	本店 支店 出張所	普通 当座 (　　)　口座番号
	ゆうちょ銀行	記号　　番号	
	口座名義人カナ		
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。		

関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。
固定文言６

年　　月　　日

氏　　名

殿　　電話番号

※認定 却下	年　　月　　日 (支給開始　　年　　月)	※備考	編集２

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎字は楷書(かい)ではつきり書いてください。　固定文言７
◎※の欄は記入しないでください。　(A列4番)

様式第一号(第二条関係)

（裏　面）

注意

1　⑤の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等他の制度による障害を支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。

なお、1から3までのいずれかに該当するときは、(　)内に具体的に記入してください。

固定文言８

2　⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。

3　⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、入所しているときは、(　)内に施設の種類を記入してください。

自由記載１

様式第五号（第十五条関係）

（表　面）

※受付　　年　　月　　日

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	①（フリガナ） 氏　　名	
	② 生年月日	年　　月　　日　　満　　歳
	③ 住　　所	〒
	④ 個人番号	
他制度の適用状況	⑤ 障害基礎年金・老齢年金・遺族年金等の受給状況	1 受給している 2 支給停止されている 3 申請中 4 受給していない 年金等の種類（　　） 証書記号番号（　　） 年金等の種類（　　） 証書記号番号（　　）
	固定文言１ ⑥ 身体障害者手帳の所有状況	1 あり　番　号（　　） 等　級（固定文言２＋編集１　　級） 障害名（　　）　2 なし
⑦ 施設への入所状況		1 入所している（固定文言３）　2 入所していない
⑧ 病院等への入院状況		1 入院している（　　年　　月　　日から）固定文言４　2 入院していない
⑨ そ の 他		固定文言５
⑨ 支払希望金融機関	受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータルに公金受取口座の登録をしておく必要があります。 固定文言６ □ 以下の口座を振込先とする。
	銀　行 信用金庫 （　　）	本店 支店 出張所	普通 当座 （　　）	口座番号
	ゆうちょ銀行	記号　　番号	
	口座名義人カナ	
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。	

関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。

固定文言７

年　　月　　日

氏　　名

殿　　電話番号

※認定 却下	年　　月　　日 （支給開始　　年　　月）	※備考	編集２

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
◎字は楷書（かい）ではつきり書いてください。
◎※の欄は記入しないでください。

固定文言８

（A列4番）

様式第五号(第十五条関係)

(裏　面)

注意

1　⑤の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。

なお、1から3までのいずれかに該当するときは、(　)内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときは、それぞれ記入してください。

2　⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。

なお、手帳を持つているときは、(　)内にその内容を記入してください。

3　⑦の欄は、障害者支援施設、特別養護老人ホーム等の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、入所しているときは、(　)内に施設の種類を記入してください。

4　⑧の欄は、病院又は診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、入院しているときは、(　)内に入院した年月日を記入してください。

公的年金等

固定文言９

イ　福祉手当
ロ　国民年金
ハ　厚生年金保険の年金
ニ　船員保険の年金
ホ　恩給
ヘ　国家公務員共済組合の年金
ト　条例による地方公務員の年金
チ　地方公務員共済組合、地方団体関係団体職員共済組合、地方議会議員共済会又は旧市町村職員共済組合の年金
リ　日本私立学校振興・共済事業団の年金
ヌ　農林漁業団体職員共済組合の年金
ル　国会議員互助年金
ヲ　日本製鉄八幡共済組合の年金
ワ　執行官の恩給
カ　旧令による共済組合等からの年金受給者のために国家公務員共済組合連合会が支給する年金
ヨ　戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
タ　未帰還者の留守家族手当
レ　労働者災害補償制度の年金
ソ　国家公務員災害補償制度の年金
ツ　公立学校の学校医、学校歯科医及び学校薬剤師の公務災害補償制度の年金
ネ　地方公務員災害補償制度の年金
ナ　原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく介護手当

自由記載１

様式番号

変更年月日	年　　月　　日

特別障害者手当・障害児福祉手当・経過的福祉手当
住所・氏名・支払方法変更届

（フリガナ） 受給者の氏名	
個 人 番 号	

受給者	住所	変更前	〒
		変更後	〒
	氏名	変更前	
		変更後	
扶養義務者または配偶者	住所	変更前	〒　□受給者に同じ
		変更後	〒　□受給者に同じ
	氏名	変更前	
		変更後	

支払希望金融機関	変更前	銀行 信用金庫 （　　）	本店 支店 出張所	普通 当座 （　　）	口座番号	
		ゆうちょ銀行	記号	番号		
		口座名義人カナ				
		公金受取口座	有　・　無			
	変更後	受取口座	□　マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □　以下の口座を振込先とする。			
		銀行 信用金庫 （　　）	本店 支店 出張所	普通 当座 （　　）	口座番号	
		ゆうちょ銀行	記号	番号		
		口座名義人カナ				

誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

上記のとおり、変更を届け出ます。

年　　月　　日

氏　　名

殿　　電話番号

様式第8号

（表　面）

障害児福祉手当
特別障害者手当　資 格 喪 失 届
（福 祉 手 当）

（フリガナ） 受給者の氏名												
受給者の住所	〒											
受給者の個人番号												
受給資格がなくなった理由	1　障害年金等を受けるようになった （種類　　） 2　施設に入所した （種類　　） 3　病院・診療所に３か月以上継続して入院するに至った。 4　障害の程度が法施行令第１条に掲げる障害の状態に該当しなくなった。 5　その他（　　）											
上記の理由が発生した日	年　　月　　日											

上記のとおり、障害児福祉手当／特別障害者手当／経過的福祉手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

年　　月　　日

氏　　名

殿　　電話番号

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

（A列４番）

（裏　面）

固定文言４

1　「受給資格がなくなった理由」の欄は、該当する番号を〇で囲むとともに（　）内にその内容を具体的に記入してください。

2　受給者が死亡したときは、この届ではなく、戸籍の届出をしなければならない人々に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。

自由記載１

様式番号

障害児福祉手当
特別障害者手当　未支払手当請求書
経過的福祉手当

死亡者	氏名			
	住所	〒		
	死亡年月日	年　月　日		
請求届出者又は	氏名			
	住所	〒　□死亡者に同じ		
	死亡者との続柄		電話番号	
未支給期間		年　月　分から 年　月　分まで		
未支給金額		円		
支払希望金融機関	銀行 信用金庫 （　）	本店 支店 出張所	普通 当座 （　）	口座番号
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人カナ			

上記のとおり、受給資格者が死亡したので、
上記の者の死亡に伴い、未支給手当の支給を請求します。

年　月　日

氏　名

殿　　電話番号

※受付年月日		
※審査	未支給期間　～	担当印
	未支給金額　円	担当印

※　欄は記入しないでください。

固定文言２

自由記載１

様式番号

※受付　　年　　月　　日

手　当　名 障害状態再審査（診断）請求書

認定を受けようとする者	①（フリガナ） 氏　名		
	② 生年月日	年　　月　　日	満　　歳
	③ 住　所	〒	
	④ 身体障害者手帳の番号及び障害等級 固定文言１		
	⑤ 障　害　名	（再認定の時期　　）	
備考	固定文言２＋編集１		

誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

固定文言３

関係書類を添えて、上記のとおり、届け出ます。

年　　月　　日

氏　　名

殿　　電話番号

※認定 却下	年　　月　　日 （支給開始　　年　　月）	※備考	編集２

自由記載１

様式番号

判定協議先

第　　号

年　月　日

手　当　名障害程度判定協議依頼書

福祉事務所長　印

下記の受給者の判定協議を依頼します。　**固定文言１**

記

○/○ ページ

No	受給者氏名	認定番号 協議日	協議の理由	処理経過	**固定文言２** 備　考
					編集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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

編集１

様式第１号

（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

市町村長名　　様

次のとおり申請します。

固定文言１

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		個人番号	
	氏　名		生年月日	年　月　日
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			個人番号	
支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　月　日
			続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）							

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定		有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険サービス	要介護認定		要介護度	
		利用中のサービスの種類と内容等			

申請するサービス	区分	サービスの種類 介護給付費	サービスの種類 訓練等給付費	申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	□居宅介護	□就労定着支援	固定文言２＋編集２
		□重度訪問介護	□自立生活援助	
		□同行援護		
		□行動援護		
		□短期入所		
		□重度障害者等包括支援		
	日中活動系	□療養介護	□自立訓練（機能訓練）	
		□生活介護	□自立訓練（生活訓練）	
			□宿泊型自立訓練	
			□就労移行支援	
			□就労移行支援（養成施設）	
			□就労継続支援Ａ型	
			□就労継続支援Ｂ型	
	居住系	□施設入所支援	□共同生活援助（グループホーム）	
	地域相談支援	□地域移行支援		
		□地域定着支援		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、○○市（町・村）から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者に提示することに同意します。

固定文言３

申請者氏名

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

（※）主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

固定文言４

申請する減免の種類

□ Ⅰ　負担上限月額に関する認定
下記の区分の適用を申請します。
（あてはまるものに〇をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）
１．生活保護受給世帯
２．市町村民税非課税世帯（※）に属する者
※　療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも〇をつける。
①　利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が 80 万円以下のもの
②　①以外の者
３．市町村民税課税世帯（障害者:所得割 16 万円未満、障害児及び 20 歳未満の施設入所者:所得割 28 万円未満）に属する者

固定文言５

□ Ⅱ　医療型個別減免に関する認定
下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。

固定文言６

〈２０歳以上の方〉
１．療養介護利用者であること（年齢　　歳）
２．市町村民税非課税世帯の者

固定文言７

〈２０歳未満の方〉
１．療養介護利用者であること（年齢　　歳）

固定文言８

□ Ⅲ　施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置）
下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。
（注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）

固定文言９

〈２０歳以上の方〉
１．施設入所者であること（年齢　　歳）
２．市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者

固定文言１０

〈２０歳未満の方〉
１．施設入所者であること（年齢　　歳）

固定文言１１

□ Ⅳ　グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置）
市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。

固定文言１２

□ Ⅴ　生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定
生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。
※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

固定文言１３

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

固定文言１４

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

自由記載１

編集１

様式第１号

障害児通所給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

市町村長名　　様

次のとおり申請します。

固定文言１

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		個人番号	
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ			個人番号	
支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　　月　　日
			続　　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番　号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	

被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

固定文言２

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□児童発達支援	固定文言３＋編集２
	□医療型児童発達支援	
	□放課後等デイサービス	
	□居宅訪問型児童発達支援	
	□保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、〇〇市（町・村）から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

固定文言４

申請者氏名

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

固定文言５

申請する減免の種類	
	□　Ⅰ　負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに〇をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） １．生活保護受給世帯 ２．市町村民税非課税世帯に属する者 ３．市町村民税課税世帯（所得割 28 万円未満）に属する者
	□　Ⅱ　多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに〇をつける。） １．第２子に該当する者 ２．第３子以降に該当する者 ※　在園証明等が必要となります。
	□　Ⅲ　生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。 ※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

固定文言６

固定文言７

固定文言８

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

固定文言９

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

自由記載１

編集１

様式第７号

（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

市町村長名　　様

次のとおり申請します。

固定文言１

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		個人番号	
	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			個人番号	
支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　　月　　日
			続　　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号（※）				保険者名及び番号（※）			
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）							

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定		有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険サービス	要介護認定		要介護度	
		利用中のサービスの種類と内容等			
変更の理由					

申請するサービス	区分	サービスの種類 介護給付費	サービスの種類 訓練等給付費	申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	□居宅介護	□就労定着支援	固定文言２＋編集２
		□重度訪問介護	□自立生活援助	
		□同行援護		
		□行動援護		
		□短期入所		
		□重度障害者等包括支援		
	日中活動系	□療養介護	□自立訓練（機能訓練）	
		□生活介護	□自立訓練（生活訓練）	
			□宿泊型自立訓練	
			□就労移行支援	
			□就労移行支援（養成施設）	
			□就労継続支援Ａ型	
			□就労継続支援Ｂ型	
	居住系	□施設入所支援	□共同生活援助（グループホーム）	
	地域相談支援	□地域移行支援		
		□地域定着支援		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、○○市（町・村）から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

固定文言３

申請者氏名

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

（※）主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

固定文言４

申請する減免の種類

□ Ⅰ　負担上限月額に関する認定
下記の区分の適用を申請します。
（あてはまるものに〇をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）
１．生活保護受給世帯
２．市町村民税非課税世帯（※）に属する者
※　療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも〇をつける。
①　利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が８０万円以下のもの
②　①以外のもの
３．市町村民税課税世帯（障害者:所得割 16 万円未満、障害児及び 20 歳未満の施設入所者:所得割 28 万円未満）に属する者

固定文言５

□ Ⅱ　医療型個別減免に関する認定
下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。

固定文言６

〈２０歳以上の方〉
１．療養介護利用者であること（年齢　　歳）
２．市町村民税非課税世帯の者

固定文言７

〈２０歳未満の方〉
１．療養介護利用者であること（年齢　　歳）

固定文言８

□ Ⅲ　施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置）
下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。
（注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）

固定文言９

〈２０歳以上の方〉
１．施設入所者であること（年齢　　歳）
２．市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者

固定文言１０

〈２０歳未満の方〉
１．施設入所者であること（年齢　　歳）

固定文言１１

□ Ⅳ　グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置）
市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。

固定文言１２

□ Ⅴ　生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定
生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。
※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

固定文言１３

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

固定文言１４

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

自由記載１

編集１

様式第６号

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

市町村長名　　様

次のとおり申請します。

固定文言１

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
支給申請に係る児童氏名			続　柄	
			個人番号	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

固定文言２

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
変更の理由		

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□児童発達支援	固定文言３＋編集２
	□医療型児童発達支援	
	□放課後等デイサービス	
	□居宅訪問型児童発達支援	
	□保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、○○市（町・村）から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

固定文言４

申請者氏名

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

固定文言５

申請する減免の種類	
	□　Ⅰ　負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに〇をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） １．生活保護受給世帯 ２．市町村民税非課税世帯に属する者 ３．市町村民税課税世帯（所得割 28 万円未満）に属する者
	□　Ⅱ　多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに〇をつける。） １．第２子に該当する者 ２．第３子以降に該当する者 ※　在園証明等が必要となります。
	□　Ⅲ　生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。 ※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

固定文言６

固定文言７

固定文言８

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

固定文言９

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

自由記載１

編集１

様式第１７号

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

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第 51 条の 17 第１項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第 24 条の 26 第１項に規定する障害児相談支援給付費）の支給を申請します。

固定文言１

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
申請に係る児童氏名			続柄	
			個人番号	

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 氏　名		申請者との関係	
住　所	〒 電話番号		

自由記載１

編集１

様式第１８号

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

市町村長名　　様

次のとおり届け出します。　　固定文言１

届出年月日　　年　　月　　日

区分	

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
申請に係る児童氏名			続柄	
			個人番号	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住　所	〒 電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日　　年　　月　　日

自由記載１

編集１

様式第１４号

申請内容変更届出書（介護給付費等）

市町村長名　　様

年　　月　　日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給（給付）決定障害者（保護者）氏　　名		個　人　番　号	
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定に係る児童氏名		続柄	
		個　人　番　号	

届出書提出者	□支給（給付）決定障害者等（本人）　□本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人との関係	
氏　　名			
住　　所	〒 電話番号		

変更事項（該当に〇をして下さい。）	支給（給付）決定障害者等に関すること	①氏名　②居住地　③連絡先
	支給決定に係る児童に関すること	④氏名　⑤居住地　⑥連絡先　⑦保護者との続柄
	そ　の　他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

固定文言１

自由記載１

編集１

様式例第１１号

申請内容変更届出書（障害児通所給付費）

市町村長名　　様

年　　月　　日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給（給付）決定障害者（保護者）氏　　名		個　人　番　号	
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定に係る児童氏名		続柄	
		個　人　番　号	

届出書提出者	□給付決定保護者　　□給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人との関係	
氏　　名			
住　　所	〒 電話番号		

変更事項（該当に〇をして下さい。）	給付決定保護者に関すること	①氏名　②居住地　③連絡先
	支給決定に係る児童に関すること	④氏名　⑤居住地　⑥連絡先　⑦保護者との続柄
	そ　の　他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

固定文言１

自由記載１

編集１

様式第１５号

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

市町村長名　　様

年　　月　　日

受給者証の再交付について申請します固定文言１

受給者証の種類	1　障害福祉サービス受給者証 2　地域相談支援受給者証 3　療養介護医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給（給付）決定障害者（保護者）氏名		個人番号	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定に係る児童氏名		続柄	
		個人番号	

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 氏名		本人との関係	
住所	〒 電話番号		

申請の理由	1　汚損　　2　紛失　　3　その他 具体的な状況

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）

固定文言２

自由記載１

編集１

様式例第１２号

受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）

市町村長名　　様

年　　月　　日

受給者証の再交付について申請します固定文言１

受給者証の種類	1　通所受給者証 2　肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給（給付）決定障害者（保護者）氏　　名		個人番号	
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定に係る児童氏名		続柄	
		個人番号	

申請書提出者	□給付決定保護者（本人）　□給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人との関係	
氏　名			
住　所	〒 電話番号		

申請の理由	1　汚損　　2　紛失　　3　その他 具体的な状況

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）

固定文言２

自由記載１

様式１７

利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

固定文言１

フリガナ		受給者証番号	
支給（給付）決定障害者（保護者）氏名		生　年　月　日	年　　月　　日
フリガナ		生　年　月　日	年　　月　　日
支給決定に係る児童氏名			

利用者負担上限額管理を依頼（変更）した事業者

上記の者より、　年　月　日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。

上限額管理事業所所在地及び連絡先

固定文言２＋編集１

上限額管理事業者及びその事業所の名称

事業所番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	年　　月　　日

※事業所を変更する場合は必ず記入してください。

変更前の事業所への連絡（□済　□未）

（あて先）市町村長名　様

上記の指定サービス事業所に利用者負担の上限額管理を依頼することを届出します。

また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。

年　　月　　日

固定文言３

住所

利用者　　電話　　（　　）

氏名

市町村確認欄

固定文言４＋編集２

1　この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて障害福祉課へ提出してください。

2　上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ障害福祉課へ届出ください。

3　この届出書の届出がない場合は、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。

固定文言５

自由記載１

様式第２号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　　印

（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）
支給（給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

申請日　に申請のありました（（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）の支給）（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、（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第２２条（及び）第２９条）（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第３４条）（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第５１条の７及び第５１条の１４）の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

固定文言１＋編集１

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
支給（給付）決定障害者（保護者）氏名		支給決定に係る児童氏名	
障害支援区分		支給（給付）決定年月日		障害支援区分の有効期間	

支給（給付）決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給（給付）量	有効期間
	特記事項		

利用者負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
特定障害者特別給付費（施設入所支援）	日額	左の給付費の適用期間	
特定障害者特別給付費（共同生活援助・重度障害者等包括支援）	月額　円	左の給付費の適用期間	

療養介護医療				
	公費負担者番号		公費受給者番号	
	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）の負担上限月額	月額　円	食事療養（生活療養）の負担上限月額	月額　円
	上限額の適用期間			

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　都道府県名　知事に対し審査請求をすることができます。

２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

不服申立て及び取消訴訟

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第２号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市 町 村 長　　印

障害児通所給付費支給決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等決定通知書

申請日　に申請のありました障害児通所給付費の支給（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、児童福祉法第２１条の５の３及び第２１条の５の７の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

固定文言１＋編集１

記

受給者証番号		通所給付決定保護者氏名	
給付決定年月日		給付決定に係る障害児氏名	
負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
多子軽減対象		無償化対象期間	

給付決定内容	通所支援の種類	支給量	有効期間
	特記事項		

肢体不自由児通所医療				
	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療(食事療養を除く)の負担上限月額	月額　円		
	上限額の適用期間			

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

1　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　都道府県名１　知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、　都道府県名２　知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。

2　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決をされた後（[illegible]）のいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

不服申立て及び取消訴訟

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第１９号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　　印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

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第５１条の１７第１項・児童福祉法第２４条の２６第１項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

固定文言１

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
通所受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る児童氏名	
支給の可否			
支給する	支給期間		
	モニタリング期間		
支給しない	支給しない理由		

不服申立て及び取消訴訟

1　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　都道府県名　知事に対し審査請求をすることができます。

2　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

不服申立て及び取消訴訟

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

様式第３号

第　　号
年　　月　　日

市 町 村 長　　印

障害支援区分認定通知書

申請日　付けの支給申請に基づき、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第２１条の規定により、下記のとおり障害支援区分の認定を行ったので通知します。

固定文言１＋編集１

記

氏　　名		認定年月日	

障害支援区分	
	備考 固定文言２＋編集２
障害支援区分の認定の有効期間	

（留意事項）
１　上記の障害支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。
２　認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。
３　認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

固定文言３

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟
１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　都道府県名　知事に対し審査請求をすることができます。
２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することとされています。
(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

不服申立て及び取消訴訟

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第４号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

却下決定通知書（介護給付費等）

申請日　に申請のありました（(介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費　地域相談支援給付費）の支給）（及び[illegible]・免除等）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

固定文言１＋編集１

記

１　申請事項

固定文言２＋編集２

２　却下の理由

却下理由

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　都道府県名　知事に対し審査請求をすることができます。

２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名１　を代表する者は　市町村長　となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1)　審査請求があった日から[illegible]ないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

不服申立て及び取消訴訟

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第３号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

却下決定通知書（障害児通所給付費）

申請日　に申請のありました障害児通所給付費の支給及び（利用者負担額減額・免除等）
固定文言１＋編集１
については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1　申請事項

固定文言２＋編集２

2　却下の理由

却下理由

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

1　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　都道府県名　知事に対し審査請求をすることができます。

2　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

不服申立て及び取消訴訟

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市 町 村 長　　印

（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

申請日　に申請のありました（（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、（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第２２条（及び）第２９条）（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第３４条）の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

固定文言１＋編集１

記

受給者証番号			支給決定障害者（保護者）氏名	
変更年月日			支給決定に係る児童氏名	
変更の内容	変更前			
	変更後			

受給者証を提出先市町村名　提出先名称に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。
提出先　提出先市町村名　提出先名称　提出先住所　提出先電話番号
提出期限　提出期限日

固定文言２＋編集２

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対し審査請求をすることができます。
２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないものとされています。
(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

不服申立て及び取消訴訟

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式例第７号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市 町 村 長　　印

障害児通所給付費支給変更決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

申請日　に申請のありました（障害児通所給付費の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、児童福祉法第２１条の５の３及び第２１条の５の５の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

固定文言１＋編集１

記

受給者証番号		通所給付決定保護者氏名	
変更年月日		給付決定に係る障害児氏名	
変更の内容	変更前		
	変更後		

受給者証を提出先市町村名　提出先名称　に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先　提出先市町村名　提出先名称　提出先住所　提出先電話番号

提出期限　提出期限

固定文言２＋編集２

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

1　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　都道府県名１　知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、　都道府県名２　知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。

2　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

不服申立て及び取消訴訟

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

様式第２０号

第　　号
年　　月　　日

市 町 村 長　　印

モニタリング期間変更通知書

継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

固定文言１

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
通所受給者証番号			
変更に係る障害者（保護者）		変更に係る児童氏名	
変更後のモニタリング期間			
障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証の提出期限及び提出先	提出先：提出先市町村名　提出先名称　提出先住所　提出先電話番号 提出期限：　提出期限日		

固定文言２＋編集１

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第９号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

障害支援区分変更認定通知書

申請日　付けの（支給申請　支給決定の変更）申請に基づき、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第２１条　第２４条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

固定文言１＋編集１

記

受給者証番号		支給決定障害者氏名	
認定年月日			

障害支援区分	変更前	
	変更後	
	備考	
障害支援区分の認定の有効期間		

固定文言２＋編集２

（留意事項）
1　変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（の変更）を行います。
2　認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。
3　認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

固定文言３

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟
1　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対し審査請求をすることができます。
2　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に市町村名１を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないとされています。
(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
3　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

不服申立て及び取消訴訟

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第２５号

（表面）

障害支援区分認定証明書

障害支援区分認定者	申請番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日　生
	住所	
	転出予定先 （市区町村名まで）	
	異動予定日	年　月　日

上記の者は、次のとおり市町村名におい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に基づく障害支援区分の認定を受ける者であることを証明する。

年　月　日

市町村長名　印

		申請年月日	年　月　日
障害支援区分		認定年月日	年　月　日
認定の有効期間	年　月　日　から　年　月　日　まで有効		
市町村審査会の意見等			
備　考			

※裏面に注意事項を記入

様式第１１号

(一)

障害福祉サービス受給者証

受給者証番号		
支給決定障害者等	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び 印		市町村名　印

(二)

介護給付費の支給決定内容

障害支援区分	
認定有効期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
予備欄	

固定文言1＋編集1

(三)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで

（四）

訓練等給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
予備欄	
固定文言2＋編集2	

（五）

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　　年　月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円／日
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円／月
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
予備欄	
固定文言3＋編集3	

（六）

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	円
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	
固定文言4＋編集4	

受給者証番号

（七）

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

（八）

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
5	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
6	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

（九）

短期入所事業者実績記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計
1		年　月　日から		
		年　月　日まで		
2		年　月　日から		
		年　月　日まで		
3		年　月　日から		
		年　月　日まで		
4		年　月　日から		
		年　月　日まで		
5		年　月　日から		
		年　月　日まで		
6		年　月　日から		
		年　月　日まで		
7		年　月　日から		
		年　月　日まで		
8		年　月　日から		
		年　月　日まで		
9		年　月　日から		
		年　月　日まで		
10		年　月　日から		
		年　月　日まで		
11		年　月　日から		
		年　月　日まで		
12		年　月　日から		
		年　月　日まで		

（十）

番号	生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

（十一）

療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄		
番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日
1		入所(居)日 年　月　日
		退所(居)日 年　月　日
2		入所(居)日 年　月　日
		退所(居)日 年　月　日
予備欄		

（十二）

就労定着支援・自立生活援助事業者記入欄		
番号	事業者及びその事業所の名称	利用開始日 利用終了日
1		契約日 年　月　日
		サービス提供終了日 年　月　日
2		契約日 年　月　日
		サービス提供終了日 年　月　日
予備欄		

（十三）

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
3　療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
4　指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額）です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります（個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示され[illegible]）。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
5　負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
6　支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

固定文言５

（十四）

注意事項欄

7　支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。）
8　この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
9　支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください.
10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後[illegible]この証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。

固定文言６

様式第１１号

(一)

障害福祉サービス受給者証

受給者証番号		
支給決定障害者等	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び 印		市町村名　印

(二)

介護給付費の支給決定内容

障害支援区分	
認定有効期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
予備欄	

固定文言1＋編集1

(三)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで

（四）

訓練等給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
予備欄	
固定文言2＋編集2	

（五）

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　　年　月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円／日
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円／月
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
予備欄	
固定文言3＋編集3	

（六）

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	円
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	
固定文言4＋編集4	

受給者証番号

様式第１２号

（一）

地域相談支援受給者証

受給者証番号		
地域相談支援給付決定障害者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
障害種別		
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び印		市町村名　印

（二）

地域相談支援給付費の給付決定内容

地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで

予備欄

固定文言１＋編集１

（三）

一般相談支援事業者記載欄

提供する地域相談支援の種類	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日
		契約日 年　月　日
		サービス提供終了日 年　月　日
		契約日 年　月　日
		サービス提供終了日 年　月　日

予備欄

固定文言２＋編集２

（四）

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　年　月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（五）

注意事項欄
1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。 2　指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。 3　給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。 4　この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 5　給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 　また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。 6　この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受固定文言３い。 　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。 7　受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 8　不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。 9　給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。

様式第１３号

療養介護医療受給者証

公費負担者番号				
公費受給者番号				
支給決定障害者	居住地			
	フリガナ		生年月日	
	氏　　名		年　月　日	
	被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号	
負担上限月額	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）	月額　　円		
	食事療養（生活療養）	月額　　円		
適用期間	年　月　日　から　　年　月　日　まで			
交付年月日	年　　月　　日			
特記事項	固定文言１＋編集１			
支給市町村名及び印	市町村名　印			

注意事項欄

１　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
２　療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
３　療養介護医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。（※医療型個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）
４　療養介護医療の負担上限月額は毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
５　療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。
６　この証の記載事項に変更があったときは、１４日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
７　支給決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、１４日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。
８　この証を破損したり、汚し[illegible]失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。
９　受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
10　不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。

固定文言２

様式例９

（一）

通所受給者証

受給者証番号		
通所給付決定保護者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び 印		市町村名　印

（二）

障害児通所給付費の給付決定内容

支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
特記事項欄	
予備欄	固定文言１＋編集１

（三）

障害児通所給付費の給付決定内容

支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
特記事項欄	
予備欄	固定文言２＋編集２

（四）

障害児相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　　年　月まで
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（五）

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	円
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
食事提供加算対象者	
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

固定文言3＋編集3

（六）

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
2	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
3	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

受給者証番号

（七）

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
5	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
6	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

（八）

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
3　児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。
4　指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額）です。ただし、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります（個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）。[illegible]該当通所支援を受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
5　負担上限月額については、毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
6　給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

固定文言4

（九）

注意事項欄

7　支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。
8　この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
9　給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。
10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に[illegible]ください。
11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。

固定文言5

様式例９

（一）

通所受給者証		
受給者証番号		
通所給付決定保護者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び 印		市町村名　印

（二）

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
特記事項欄	
予備欄	
固定文言１＋編集１	

（三）

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　　年　月　日まで
特記事項欄	
予備欄	
固定文言２＋編集２	

（四）

障害児相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　　年　月まで
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（五）

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	円
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
食事提供加算対象者	
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄 固定文言3＋編集3	

受給者証番号

様式例第１０号

肢体不自由児通所医療受給者証

公費負担者番号				
公費受給者番号				
通所給付決定保護者	居住地			
	フリガナ		生年月日	
	氏　　名		年　月　日	
	被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号	
負担上限月額	肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）	月額　　円		
適用期間	年　月　日　から　　年　月　日　まで			
交付年月日	年　　月　　日			
特記事項	固定文言１＋編集１			
支給市町村名及び印	市町村名　印			

注意事項欄

１　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
２　児童発達支援のうち治療に係るもの(以下「肢体不自由児通所医療」という。)を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。
３　肢体不自由児通所医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。
４　肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
５　児童発達支援に係る障害児通所給付費の給付決定期間を経過したときは、肢体不自由児通所医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給の再申請をしてください。
６　この証の記載事項に変更があったときは、１４日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
７　給付決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、１４日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。
８　この証を破損したり、汚し[illegible]紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。
９　受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
10　不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。

固定文言2

様式第１０号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

支給（給付）決定取消通知書

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第２５条第１項及び第５１条の１０第１項の規定により、下記のとおり支給(給付）決定を取り消しましたので通知します。

固定文言１

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
支給(給付)決定障害者（保護者）氏名		支給決定に係る児童氏名	
支給（給付）決定取消日			
取消理由			

受給者証を返還先市町村名　返還先名称に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

固定文言２＋編集１

返還先　返還先市町村名　返還先名称　返還先住所　返還先電話番号

返還期限　返還期限日

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

1　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に 都道府県名 知事に対し審査請求をすることができます。

2　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に 市町村名１ を被告として（訴訟において 市町村名２ を代表する者は 市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

不服申立て及び取消訴訟

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式例第８号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

支給決定取消通知書

固定文言１

児童福祉法第２１条の５の９第１項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消しましたので通知します

記

受給者証番号		給付決定保護者氏名	
支給決定取消日		給付決定に係る児童氏名	
取消理由			

固定文言２＋編集１

受給者証を 返還先市町村名 返還先名称 に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先　返還先市町村名　返還先名称　返還先住所　返還先電話番号

返還期限　返還期限日

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に 都道府県名 知事に対し審査請求をすることができます。

２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に 市町村名１ を被告として（訴訟において 市町村名２ を代表する者は 市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

様式第２１号

第　　号
年　　月　　日

市 町 村 長　　印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

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第５１条の１７第１項・児童福祉法第２４条の２６第１項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

固定文言１

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
通所受給者証番号			
支給取消に係る障害者（保護者）		支給取消に係る児童名	
支給取消日			
取消理由			
障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証提出先及び提出期限	提出先：提出先市町村名　提出先名称　提出先住所　提出先電話番号 提出期限：　提出期限日 固定文言２＋編集１		

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　都道府県名　知事に対し審査請求をすることができます。

２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に　市町村名１　を被告として（訴訟において　市町村名２　を代表する者は　市町村長　となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

不服申立て及び取消訴訟

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害福祉サービス申請手続きのお知らせ（18 歳到達）

○○市（町村）長　印

固定文言１

このことにつきまして、満 18 歳になられると、サービスの利用者ご本人が申請者として申請していただく必要があります。つきましては、必要書類を確認のうえ、申請の手続きを行ってください。

記

受給者証番号		氏名	
住所			
支給決定に係る児童氏名			
現在の支給内容		年齢到達日	
提出書類			
申請期限			
申請先			
備考	固定文言２＋編集１		

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

介護保険要介護（要支援）認定申請のお知らせ

○○市（町村）長　印

このことにつきまして、65 歳の前日から介護保険サービスの対象者となります。つきましては、ホームヘルパー等のサービスについてサービス利用を希望される方は、介護保険の申請の手続きを行ってください。

固定文言１

記

受給者証番号		氏　　名	
住　　所			
現在の支給内容			
年齢到達日			
提出書類			
申請期限			
申請先			
備　　考	固定文言２＋編集１		

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害支援区分更新のお知らせ

○○市（町村）長　印

固定文言１

このことにつきまして、障害支援区分の認定期間が終了する方について、更新のお知らせをお送りいたします。つきましては、サービス利用の継続をご希望される方は、更新手続きを行ってください。

記

受給者証番号		氏名	
住所			
現在の障害支援区分			
認定期間終了日			
提出書類			
申請期限			
申請先			
備考	固定文言２　＋　編集１		

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

支給期間更新のお知らせ（介護給付費等）

○○市（町村）長　印

このことにつきまして、介護給付費等の支給期間が終了する方について、更新のお知らせをお送りいたします。つきましては、サービス利用の継続をご希望される方は、更新手続きを行ってください。

固定文言１

記

受給者証番号		氏名	
住所			
支給決定に係る児童氏名			
更新の対象となるサービスの内容		支給期間終了日	
提出書類			
申請期限			
申請先			
備考	固定文言２　＋　編集１		

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

利用者負担適用期間更新のお知らせ（介護給付費等）

○○市（町村）長　印

このことにつきまして、介護給付費等の利用者負担に関する事項の適用期間が終了する方について、更新のお知らせをお送りいたします。つきましては、サ固定文言1の継続をご希望される方は、更新手続きを行ってください。

記

受給者証番号		氏名	
住所			
支給決定に係る児童氏名			
現在の認定内容		適用期間終了日	
提出書類			
申請期限			
申請先			
備考	固定文言２　＋　編集１		

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

様式第１６号

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

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（第２２条第４項　第２４条第３項　第５１条の７第４項）・児童福祉法（第２１条の５の７第４項，第２１条の５の８第３項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。
提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

固定文言１

記

・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
※　既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。

固定文言２

・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書
※　既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援・障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要。

固定文言３

自由記載１

提出先　　担当部署　　住所

電話番号

固定文言４＋編集１

提出期限　　年　　月　　日

自由記載２

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

支給期間更新のお知らせ（障害児通所給付費）

○○市（町村）長　印

固定文言１

このことにつきまして、障害児通所給付費の支給期間が終了する方について、更新のお知らせをお送りいたします。つきましては、サービス利用の継続をご希望される方は、更新手続きを行ってください。

記

受給者証番号		氏名	
住所			
支給決定に係る児童氏名			
更新の対象となるサービスの内容		支給期間終了日	
提出書類			
申請期限			
申請先			
備考	固定文言２　＋　編集１		

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

利用者負担適用期間更新のお知らせ（障害児通所給付費）

○○市（町村）長　印

このことにつきまして、障害児通所給付費の利用者負担に関する事項の適用期間が終了する方について、更新のお知らせをお送りいたします。つきましては、利用の継続をご希望される方は、更新手続きを行ってください。

固定文言１

記

受給者証番号		氏名	
住所			
支給決定に係る児童氏名			
現在の認定内容		適用期間終了日	
提出書類			
申請期限			
申請先			
備考	固定文言２　＋　編集１		

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

事業者宛

第　　号
年　　月　　日

認定調査依頼書

○○市（町村）長　印

その申請者について、障害支援区分の認定に必要な認定調査を依頼します。

固定文言１

記

申請者	申請者番号						
	手帳番号	身体障害者手帳		療育手帳		精神障害者保健福祉手帳	
	難病						
	フリガナ						
	氏名			生年月日			
	住所	〒				電話番号	

（更新）申請日 認定調査票提出期限	

自由記載１

（注意事項）
1　認定調査票は、所定の様式又はマークシートにより必ず期限までに提出してください。
2　期限までに調査を完了しない見込みであるときは、○○市（町村）障害支援課まであらかじめ報告のうえ、指示を受けてください。
3　この調査を第三者に再委託することはできません。
4　調査に関して知り得た秘密を第三者に漏らしてはなりません。
5　調査の実施にあたって問題が生じたときは、直ちに報告してください。
6　本市（町村）が必要であると認めた場合は、依頼の内容を変更又は中止することがあります。
7　上記のほか、本調査に関しては障害者総合支援法その他関係法令及び本市（町村）障害者総合支援条例並びに委託契約に定めるところに従い実施してください。

固定文言２

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

医師宛

第　　号
年　　月　　日

医師意見書作成依頼書

○○市（町村）長　印

次の者について同封の「医師意見書」を記入のうえ、令和　年　月　日までにご返送ください。
固定文言１＋編集１

記

申請者	申請者番号			
	フリガナ			
	氏　　名		生年月日	
	住　　所	〒	電話番号	

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

医師意見書作成料請求書

			年			月分

市町村名		市町村番号							

申請者	申請者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	

請求医療機関	医療機関コード	
	固定文言１	
	所在地	〒 電話番号

作成依頼日		依頼番号		市町村確認	※
意見書作成日		意見書送付日			

意見書作成料	種別			金額							円

診察・検査費用	内訳		点数				摘要
	診察						
	検査	胸部単線Ｘ線撮影					
		血液一般検査					
		血液化学検査					
		尿中一般物質定性判定量検査					
	合計						円

◎太枠は、必ず済記入してください。

固定文言２

請求額	意見書作成料						円
	診察・検査費用						円
	消費税						円
	合計						円

意見書作成料は、在宅・施設別、新規・継続（更新・変更）申請別に以下の金額とする。

	在宅	施設
新規申請者		
継続申請者		

主治医がなく主訴もない者が障害支援区分認定を行った場合、意見書を記載するのに必要な診察・検査について、初診料及び医師の判断に応じて行った検査等（以下のものに限る）に対し、診療報酬単価に基づき精算した額を請求することができる。

「医師の判断に基づき行う検査の範囲」

・胸部単純Ｘ線撮影　・血液一般検査　・血液化学検査　・尿中一般物質定性半定量検査

自由記載１

※　印の欄は記入しないでください。

様式番号

○ ／ ○
出力日

取 扱 注 意

市町村審査会対象者一覧

合議体番号：
審査予定日　　審査
計：　　件

No.	申請区分	障害種別	性別年齢	一次判定二次判定	認定有効期間	変更事項
1						
	（審査会意見等）					
2						
	（審査会意見等）					
3						
	（審査会意見等）					
4						
	（審査会意見等）					
5						
	（審査会意見等）					
6						
	（審査会意見等）					
7						
	（審査会意見等）					
8						
	（審査会意見等）					
9						
	（審査会意見等）					
10						
	（審査会意見等）					

様式番号

○ ／ ○
出力日

取 扱 注 意

市町村審査会対象者一覧（事務局用）

合議体番号：

計：　　審査件

No.	市町村番号	申請者番号 受給者証番号	調査対象者	申請区分	障害種別	性別 年齢	前回 二次判定結果 認定有効期間	一次判定 二次判定	認定 有効期間	変更事項	審査会意見等
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

様式番号

世帯状況・収入等申告書（介護給付費等）

市町村長名　　様

申告年月日　　年　　月　　日
申告者住所
　　氏名

次のとおり申告します。
1　世帯の状況等について
　障害者（20 歳未満の施設に入所する者を除く。）[illegible]いる場合には、世帯員欄に配偶者を記入してください。
申請者が 20 歳未満の施設に入所する者又は、障害児の保護者の場合には、世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

固定文言１

	氏　名	生年月日 個人番号	本人との関係	扶養親族等の人数 16 歳未満	 16～18 歳	市町村民税の状況
申請者		年　　月　　日				□課税 □非課税
世帯員		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税

2　申請者の収入の状況について
　（以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。）

固定文言２

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円

(2) 収入等の状況
収入（A）（年収）

区分	種　類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（　　）	円
その他収入	仕送り収入	円
	不動産による家賃収入	円
	その他の収入（　　）	円

必要経費（B）

種　類	内　容	金　額
租　税		円
		円
社会保険料		円
		円

（記入上の注意）
1．収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください
2．書ききれない場合は、余白に記入するか[illegible]に記入の上添付してください。
3．不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

固定文言３

自由記載１

様式番号

世帯状況・収入等申告書（障害児通所給付費）

市町村長名　　様

申告年月日　　年　　月　　日
申告者住所
氏名

次のとおり申告します。
1　世帯の状況等について
世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

固定文言１

	氏　名	生年月日 個人番号	本人との関係	扶養親族等の人数 16歳未満	 16～18歳	市町村民税の状況
申請者		年　　月　　日				□課税 □非課税
世帯員		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税
		年　　月　　日				□課税 □非課税

2　申請者の収入の状況について
（以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。）

固定文言２

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円

(2) 収入等の状況
収入（A）（年収）

区分	種　類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（　　）	円
その他収入	仕送り収入	円
	不動産による家賃収入	円
	その他の収入（　　）	円

必要経費（B）

種　類	内　容	金　額
租　税		円
		円
社会保険料		円
		円

（記入上の注意）
1．収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください
2．書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。
3．不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

固定文言３

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　　印

障害支援区分認定結果の情報提供について

情報提供を希望された対象者の障害支援区分認定結果については、次のとおりです。

固定文言１＋編集１

氏　　名	
障害支援区分	
障害支援区分の認定の有効期間	
固定文言２ 備　　考	**固定文言３＋編集２**

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市 町 村 長　　印

市町村審査会開催通知書

以下のとおり、市町村審査会を開催いたします。

固定文言１

日　時	
会　場	
固定文言２ 備　考	**固定文言３＋編集１**

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　　印

受診依頼書

申請日にあなたが行った申請について、障害支援区分の判定を行うにあたり、医師の意見を求める必要があるので、以下の医療機関で受診してください。

固定文言１＋編集１

受診者氏名	

受診する医療機関	名　　称	
	担当医師名	
	所　在　地	
	電話番号	

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

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四十三条の五第六項に規定　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	※ 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。

固定文言３

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	□ 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は生活保護受給証明書を添付してください。		
フリガナ			
配偶者氏名		生年月日	年　　月　　日

固定文言４

固定文言５

〈記入上の注意事項〉
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。

固定文言６

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

様式番号

委任状

私は、下記の者に対して、私に支給される高額介護サービス費又は高額介護予防サービス費（高額医療合算介護サービス費又は高額医療合算介護予防サービス費）のうち、既に高額障害福祉サービス等給付費で支給された重複分に相当する額について、私に代わって受領し、かつ、受領した額を市町村名に納入することを委任します。

固定文言 1

記

（受　任　者）

市町村長名　様

年　　月　　日

（委　任　者）

住　所

氏　名

自由記載 1

様式番号

委任状

私は、下記の者に対して、私に支給される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される高額障害福祉サービス等給付費について、私に 代わって受領し、かつ、受領した額を市町村名に納入することを委任します。

固定文言１

記

（受　任　者）

市町村長名　様

年　　月　　日

（委　任　者）

住　所

氏　名

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

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給付のお知らせ

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対象となる可能性がありますのでお知らせします。

固定文言１

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	

支給を希望する場合は、同封の「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。

固定文言２＋編集１

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

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給付のお知らせ

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。

固定文言１

記

受給者氏名		生年月日	
対象年月			
自己負担額		支給（予定）額	

支給を希望する場合は、同封の「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書」を下記宛に提出してください。

固定文言２＋編集１

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ

下記のとおり、高額障害児（通所・入所）給付費の支給対象となる可能性がありますのでお知らせします。

固定文言１

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	

支給を希望する場合は、同封の「高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書」を下記宛に提出してください。

固定文言２＋編集１

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

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

市町村長名　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。

固定文言１

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）														制度	受給者証番号・被保険者証番号										
														①											
生年月日	年　月　日													②											
個人番号														③											
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			

支給決定障害者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									
															①										
															②										
	個人番号														③										
															①										
															②										
	個人番号														③										
															①										
															②										
	個人番号														③										

（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。

固定文言２

受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。																								
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 4 貯蓄預金 9 その他										
	ゆうちょ銀行							記号							番号										
	口座名義人カナ																								

固定文言３

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		

自由記載１

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書

市町村長名　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。

固定文言１

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													制度	受給者証番号・被保険者証番号									
生年月日	年　　月　　日												①										
個人番号													②										
居住地	〒 電話番号																						
フリガナ							生年月日						個人番号										
配偶者氏名																							
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。

固定文言２

受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。																						
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 4 貯蓄預金 9 その他										
	ゆうちょ銀行						記号							番号									
	口座名義人カナ																						

固定文言３

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		

自由記載１

高額障害児（通所・入所）給付費　支給申請書

市町村長名　様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児（通所・入所）給付費の支給を申請します。

固定文言１

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（給付決定保護者等氏名）		制　度	受給者証番号・被保険者証番号
		①	
生年月日		②	
個人番号		③	
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支給決定障害者	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
			①	
			②	
	個人番号		③	
			①	
			②	
	個人番号		③	
			①	
			②	
	個人番号		③	

（注１）支払額を証する領収書を添付してください。
（注２）申請者と同一世帯の他の支給決定障害者の申請書を併せて提出してください。

固定文言２

受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。

固定文言３

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 ４貯蓄預金 ９その他	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人カナ			

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		

自由記載１

様式第２３号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

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（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給につい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基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１

記

支給決定障害者（保護者）氏名		受給者証番号										
支給決定に係る児　童　氏　名												

申請年月日	年　　月　　日	決定年月日	年　　月　　日
本人支払額		申請に係るサービス利用月	
支　　給		支　給　金　額	
不支給の理由			

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

1　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対し審査請求をすることができます。

2　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村名３長となります。）、提起することができます。
なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。
(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

不服申立て及び取消訴訟

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第２９号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

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（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給につい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基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１

記

対象者氏名		受給者証番号										

申請年月日	年　　月　　日	決定年月日	年　　月　　日
障害福祉相当介護保険サービスに係る本人支払額（注）		申請に係る障害福祉相当介護保険サービスの利用月	
支　　給		支給金額	
不支給の理由			

（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[illegible]等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

固定文言２

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対し審査請求をすることができます。

２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村名３長となります。）、提起することができます。

なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

不服申立て及び取消訴訟

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式例第１４号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害児（通所・入所）給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１

記

給付決定保護者氏名		受給者証番号	
給付決定に係る児童氏名			

申請年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日
本人支払額		申請に係るサービス利用月	
支給		支給金額	
不支給の理由			

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

【高額障害児通所給付費の場合】

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して６０日以内に都道府県名１知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、○○県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。

２　また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して６か月以内に市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村名３長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

不服申立て及び取消訴訟

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

(2)　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

【高額障害児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して６０日以内に、都道府県名２知事（市長）に対して異議申立てをすること、及びこの処分があったことを知った日の翌日から起算して６ヶ月以内に、都道府県名３知事(市長)を被告として、この処分の取消の訴えを提起することができます。

なお、異議申立てのみをした場合には、この処分の取消の訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して６ヶ月以内に提起することができます。

(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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

口座振込依頼書

御中

依頼日　　年　　月　　日

依頼元

課

振込指定日	

振込指定日に、下記のとおりお支払下さい

No	振込先金融機関名	預金種目	口座番号	口座名義人	振込金額（円）	備考

小　計	口数		振込金額	
合　計	口数		振込金額	

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

支払通知書

下記のとおり　ご指定の預金口座に固定文言１をしましたので、通知します。

記

受取人氏名		
振込情報	金融機関名	
	支店名	
	口座種別	
	口座番号	
	口座名義人カナ	
	振込年月日	
	振込額	
備考		固定文言２＋編集１

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

支出内訳書

依頼日　　年　　月　　日

依頼元

支払 指定日	

支払指定日に、下記のとおりお支払下さい

No	受給者名	受給者住所	支払金額	固定文言１ 備 考
				編集１

小　計	口数		支払金額	
合　計	口数		支払金額	

様式番号

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給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

対　象　年　月	自　己　負　担　額	支　給　（　予　定　）　額	固定文言１ 備　　考
			固定文言２＋編集１

自由記載１

様式番号

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給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

対象年月	自己負担額	支給（予定）額	固定文言１ 備考
			固定文言２＋編集１

自由記載１

様式番号

高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ
（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

対　象　年　月	自　己　負　担　額	支　給　（　予　定　）　額	固定文言１ 備　　考
			固定文言２＋編集１

自由記載１

様式番号

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（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額	サービス利用月の申請者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	固定文言１ 備考
			固定文言２＋編集１

自由記載１

様式番号

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書（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

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	申請に係るサービス利用月	固定文言１ 備考
		固定文言２＋編集１

自由記載１

様式番号

高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書
（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額	サービス利用月の申請者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	固定文言１ 備考
			固定文言２＋編集１

自由記載１

様式番号

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（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

本人支払額	申請に係るサービス利用月	支給（不支給）	支給金額	不支給の理由

自由記載１

様式番号

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（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

障害福祉相当介護保険サービスに係る本人支払額（注）	申請に係る障害福祉相当介護保険サービスの利用月	支給（不支給）	支給金額	不支給の理由

（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）しています。

固定文言１

自由記載１

様式番号

高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書
（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

本人支払額	申請に係るサービス利用月	支給（不支給）	支給金額	不支給の理由

自由記載１

別紙様式第３号（表面）

自立支援医療受給者証（更生医療）

公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									

受診者	フリガナ			生年月日
	氏　　名			
	住　　所			
	被保険者証の記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	
	特定疾病療養受給者証			
指定医療機関名	病院・診療所		所在地・電話番号	
	薬　　局		所在地・電話番号	
	訪問看護事業者		所在地・電話番号	
重度かつ継続			自己負担上限額	
有効期間		から		まで

上記のとおり認定する。

年　　月　　日

○○市町村長　印

※　人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。

固定文言１

別紙様式第３号（裏面）

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特記事項	固定文言１＋編集１

自由記載１

様式番号

判定依頼先

第　　号
年　　月　　日

判　定　依　頼　書

市　町　村　長　印

下記の者に対する更生医療の判定を依頼します。

固定文言１

申　請　者	フリガナ		生年月日	
	氏　名			
	住　所			
身体障害者手帳	番　号		交付日	
	等　級		再交付日	
障　害　名				
判定依頼事項	固定文言２＋編集１			
固定文言３ 備　考	固定文言４＋編集２			

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

調　査　書

申 請 日	年　　月　　日	
申 請 者 氏名及び 生年月日		
住　　所		

世帯員の状況	氏　名	年齢	続柄	市町村民税課税の有　　無	所得割額	固定文言１ 備　考
						編集１

所得区分		合 計 所 得 金 額	円
		障 害 年 金 等	円
		手　　当　　等	円
		収　　入　　額	円
		所　得　割　額	円
自己負担 上限額		重度かつ継続	
その他参考と すべき意見等	固定文言２＋編集２		

上記のとおり確認しました。

年　　月　　日

調査者

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（更生医療）支給認定決定通知書

市　町　村　長　印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１＋編集１

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
有効期間	から　　まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

固定文言２

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別紙様式第６号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

通　　知　　書

市　町　村　長　印

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第５３条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

固定文言１

申　請　日			
受診者氏名		生年月日	
住　　所			
理　　由			

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

教示文

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別紙様式第１号

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。

固定文言１

受診者	フリガナ		年齢	生　年　月　日
	氏　　名		歳	年　　月　　日
	住　　所	〒	電　話　番　号	
	個人番号			

負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者番号		保険種別
			保険者名		
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号		
	該当する所得区分		重度かつ継続		
身体障害者手帳番号			受給者番号		

受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医　療　機　関　名　固定文言２	所 在 地・ 電 話 番 号　固定文言４
	固定文言３＋編集１	固定文言５＋編集２
固定文言６ 備　　考	固定文言７＋編集３	

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

固定文言８

申請者氏名　　年　　月　　日

○○○○市町村長　殿

自由記載１

※　「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※　「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※　「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

固定文言９＋編集４

自由記載２

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保　・　低１　・　低２　・　中間１　・　中間２　・　一定以上			重度かつ継続	該当　・　非該当
今回所得区分	生保　・　低１　・　低２　・　中間１　・　中間２　・　一定以上			重度かつ継続	該当　・　非該当
所得確認方法	個人番号　市町村民税課税証明書　市町村民税非課税証明書　標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書　その他収入等を証明する書類（　　）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備　　考					

自由記載３

自由記載４

別紙様式第５号

年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	備　考 固定文言１
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
特記事項	固定文言３＋編集１			

この管理票は、自立支援医療受給者証と一緒に指定医療機関・指定薬局の窓口に提出し月額負担上限額を管理してください。

固定文言２

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（更生医療）支給変更決定通知書

市　町　村　長　印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１＋編集１

受給者番号		変更決定日	
受診者氏名			
有効期間	から　　まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
変更の理由			

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

固定文言２

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

医療機関宛

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（更生医療）支給認定決定のお知らせ

市　町　村　長　印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。
なお、受給者ご本人様には受給者証の原本を送付しましたことを申し添えます。

固定文言１

記

公費負担者番号		受給者番号	
受診者氏名		生年月日	
被保険者の記号及び番号		保険者番号	
		保険者名	
重度かつ継続		入・通院区分	
公費負担の対象障害			
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
有効期間	から　　まで		
自己負担上限額		特定疾病療養受療証	
再認定及び変更の場合の理由			

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別紙様式第４号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 更生医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	

変更内容	事　項	変　更　前	変　更　後
	受診者に関する事項 （氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）		
	身体障害者手帳番号		
備　考	固定文言１＋編集１		

私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

固定文言２

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。固定文言３＋編集２

自由記載２

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療受給者証（更生医療）の更新について（お知らせ）

市　町　村　長　印

下記のとおり受給者証の有効期間が満了となります。
つきましては、認定の更新（再認定）が必要となりますので、この通知が届いた日から有効期間が満了になるまでに更新の手続きをしてください。

固定文言１

記

受診者	氏　名		生年月日	
	住　所			
受　給　者　番　号				
受給者証有効期間		から　　まで		
固定文言２ 備　　考		固定文言３＋編集１		

固定文言４＋編集２

（必要な書類）

1. 自立支援医療（更生医療）支給認定申請書
2. 自立支援医療（更生医療）意見書
3. 保険証の写し
4. 所得の状況を確認できる書類
5. 個人番号確認書類
6. 自立支援医療受給者証（更生医療）

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（更生医療）支給認定取消通知書

市　町　村　長　印

固定文言１

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第５７条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

受給者番号	
受診者氏名	
支給認定取消日	
取消理由	
固定文言２ 備考	固定文言３＋編集１

固定文言４

お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 更生医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
	個 人 番 号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	
再交付を申請する理由		固定文言１ 該当するものに○を付けてください。 1　破損 2　汚損 3　紛失	

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

※　破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
※　再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。

固定文言３＋編集１

自由記載２

様式番号

自立支援医療受給者証返還届（ 更生医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	
返還の理由		固定文言１ 該当するものに○を付けてください。　※その他の場合は理由を記載してください。 1　治療の終了 2　受診者の申し出 3　死亡 4　転出 5　回復した 6　その他（理由：　　）	

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証を返還します。

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

固定文言３＋編集１

自由記載２

別紙様式第３号（表面）

自立支援医療受給者証（育成医療）

公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									

受診者	フリガナ			生年月日
	氏　　名			
	住　　所			
	被保険者証の記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	
	特定疾病療養受給者証			

保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄
	氏　名		
	住　所		

指定医療機関名	病院・診療所		所在地・電話番号	
	薬　　局		所在地・電話番号	
	訪問看護事業者		所在地・電話番号	

重度かつ継続		自己負担上限額	
有　効　期　間	から		まで

上記のとおり認定する。

年　　月　　日　　○○市町村長　印

※　人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。

固定文言１

別紙様式第３号（裏面）

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特記事項	固定文言１＋編集１

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（育成医療）支給認定決定通知書

市　町　村　長　印

先に申請のありました自立支援医療費（育成医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１＋編集１

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
保護者氏名			
有効期間	から　　まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

固定文言２

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別紙様式第６号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

通　　知　　書

市　町　村　長　印

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第５３条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんので通知します。

固定文言１

申　請　日			
受診者氏名		生年月日	
住　　所			
保護者氏名			
理　　由			

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）。

教示文

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別紙様式第１号

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定[illegible]の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。 固定文言１

受診者	フリガナ		年齢	生　年　月　日
	氏　　名		歳	年　　月　　日
	住　　所	〒	電　話　番　号	
	個人番号			
受診者が１８歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係	
	保護者氏名			
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電　話　番　号	
	保護者個人番号			
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険者番号	保険種別	
		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号	
	該当する所得区分		重度かつ継続	
身体障害者手帳番号		受給者番号		
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医　療　機　関　名　固定文言２		所 在 地・ 電 話 番 号　固定文言４	
	固定文言３＋編集１		固定文言５＋編集２	
固定文言６ 備　　考	固定文言７＋編集３			

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　固定文言８

申請者氏名　　年　　月　　日

○○○○市町村長　殿

自由記載１

※　「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※　「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※　「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。　固定文言９＋編集４
※　「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

自由記載２

---------- ここから下の欄には記入しないでください。 ----------

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保　・　低１　・　低２　・　中間１　・　中間２　・　一定以上			重度かつ継続	該当　・　非該当
今回所得区分	生保　・　低１　・　低２　・　中間１　・　中間２　・　一定以上			重度かつ継続	該当　・　非該当
所得確認方法	個人番号　市町村民税課税証明書　市町村民税非課税証明書　標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書　その他収入等を証明する書類（　　）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備　考					

自由記載３

自由記載４

別紙様式第５号

年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	備　考 固定文言１
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
特記事項	固定文言３＋編集１			

この管理票は、自立支援医療受給者証と一緒に指定医療機関・指定薬局の窓口に提出し月額負担上限額を管理してください。

固定文言２

様式番号

第　　号
年　　月　　日

審　査　依　頼　書

様

市　町　村　長　印

下記の者に対する審査を依頼します。　**固定文言１**

受　診　者	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日			
	住　所			
身体障害者手帳	手帳番号		交　付　日	
	等　級		再 交 付 日	
障　害　名				
審　査　依　頼 事　　項	**固定文言２＋編集１**			
固定文言３ 備　　考	**固定文言４＋編集２**			

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

調　査　書

申請日	年　月　日	
申請者 氏名及び 生年月日		
住　所		

世帯員の状況	氏　名	年齢	続柄	市町村民税課税の有無	所得割額	固定文言１ 備　考
						編集１

所得区分		合計所得金額	円
		障害年金等	円
		手当等	円
		収入額	円
		所得割額	円
自己負担 上限額		重度かつ継続	
その他参考と すべき意見等	固定文言２＋編集２		

上記のとおり確認しました。

年　月　日

調査者

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（育成医療）支給変更決定通知書

市　町　村　長　印

先に申請のありました自立支援医療費（育成医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１＋編集１

受給者番号		変更決定日	
受診者氏名			
保護者氏名			
有効期間	から　　まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
変更の理由			

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

固定文言２

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

医療機関宛

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（育成医療）支給認定決定のお知らせ

市　町　村　長　印

先に申請のありました自立支援医療費（育成医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。
なお、受給者ご本人様には受給者証の原本を送付済みであることを申し添えます。

固定文言１

記

公費負担者番号		受給者番号	
受診者氏名		生年月日	
保護者氏名			
被保険者の記号及び番号		保険者番号	
		保険者名	
重度かつ継続		入・通院区分	
公費負担の対象障害			
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
有効期間	から　　まで		
自己負担上限額		特定疾病療養受療証	
再認定及び変更の場合の理由			

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別紙様式第４号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
	個人番号		
保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄
	氏　名		
	住　所	〒　□受診者と同じ	電話番号
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	

	事　項	変　更　前	変　更　後
変更内容	受診者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	保護者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）		
	身体障害者手帳番号		

備　考	固定文言１＋編集１

私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。 固定文言２

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。固定文言３＋編集２

自由記載２

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（育成医療）支給認定取消通知書

市　町　村　長　印

固定文言１

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第５７条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

受給者番号	
受診者氏名	
保護者氏名	
支給認定取消日	
取消理由	
固定文言２ 備考	固定文言３＋編集１

固定文言４

お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
	個 人 番 号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係
	保護者氏名		
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電話番号
	保護者個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	
再交付を申請する理由		固定文言１ 該当するものに○を付けてください。 1　破損 2　汚損 3　紛失	

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

※　破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
※　再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。

固定文言３＋編集１

自由記載２

様式番号

自立支援医療受給者証返還届（ 育成医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	
返還の理由		固定文言１ 該当するものに○を付けてください。　※その他の場合は理由を記載してください。 1　治療の終了 2　受診者の申し出 3　死亡 4　転出 5　回復した 6　その他（理由：　　）	

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証を返還します。

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

固定文言３＋編集１

自由記載２

様式番号

進達リスト

年　月　日

市町村名

No	申請事由	申請日	受給者番号	フリガナ 本人氏名	本人住所	生年月日	添付書類	保険の種類	所得区分	固定文言１ 備考 編集１	固定文言２ 進達先利用 固定文言３ ＋編集２

別紙様式第３号

自立支援医療受給者証（精神通院）

公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									

受診者	フリガナ			生年月日
	氏　　名			
	住　　所			
	被保険者証の記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	

保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄
	氏　名		
	住　所		

指定医療機関名	病院・診療所		所在地・電話番号	
	薬　　局		所在地・電話番号	
	訪問看護事業者		所在地・電話番号	

重度かつ継続		自己負担上限額	
有　効　期　間	から		まで

上記のとおり認定する。

年　　月　　日

○○○○都道府県知事・市町村長　印

別紙様式第３号

支給要件の確認方法	
特記事項	固定文言１＋編集１

自由記載１

別紙様式第５号

年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	備　考 固定文言１
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
特記事項	固定文言３＋編集１			

この管理票は、自立支援医療受給者証と一緒に指定医療機関・指定薬局の窓口に提出し月額負担上限額を管理してください。

固定文言２

別紙様式第６号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

通　　知　　書

○○○○都道府県知事・市町村長　印

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第５３条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんので、通知します。

固定文言１

申　請　日			
受診者氏名		生年月日	
住　　所			
保護者氏名			
理　　由			

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（精神通院医療）受給者証の交付について

（申請者）　　様

○○○○都道府県知事・市町村長　印

先に申請のありました自立支援医療費（精神通院医療）について、受給者証を送付します。

固定文言１

記

受診者	氏　名		生年月日	
	住　所			
受 給 者 番 号				
受給者証有効期間		から		まで

固定文言２

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療受給者証（精神通院）の更新について（お知らせ）

○○○○都道府県知事・市町村長　印

下記のとおり受給者証の有効期間が満了となります。
つきましては、認定の更新（再認定）が必要となりますので、この通知が届いた日から有効期間が満了になるまでに更新の手続きをしてください。

固定文言１

記

受診者	氏　名		生年月日	
	住　所			
受　給　者　番　号				
受給者証有効期間		から　　まで		
固定文言２ 備　　考		固定文言３＋編集１		

固定文言４＋編集２

（必要な書類）

1. 自立支援医療（精神通院）支給認定申請書
2. 自立支援医療（精神通院）診断書（※1）
3. 保険証の写し
4. 所得の状況を確認できる書類
5. 個人番号確認書類
6. 自立支援医療受給者証（精神通院）

（※1）受給者証有効期間内での更新申請であれば、2年に1度の提出となります。現在1年目の場合は、この度の更新申請において、診断書の提出は不要となります。

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

調　査　書

申請日	年　月　日	
申請者 氏名及び 生年月日		
住　所		

世帯員の状況	氏　名	年齢	続柄	市町村民税課税の有無	所得割額	固定文言１ 備　考
						編集１

所得区分		合計所得金額	円
		障害年金等	円
		手当等	円
		収入額	円
		所得割額	円
自己負担 上限額		重度かつ継続	
その他参考と すべき意見等	固定文言２＋編集２		

上記のとおり確認しました。

年　月　日

調査者

自由記載１

別紙様式第１号

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。

固定文言１

受診者	フリガナ		年齢	生　年　月　日
	氏　　名		歳	年　　月　　日
	住　　所	〒	電　話　番　号	
	個人番号			
受診者が１８歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係	
	保護者氏名			
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電　話　番　号	
	保護者個人番号			
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者番号	保険種別
			保険者名	
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号	
	該当する所得区分		重度かつ継続	
精神障害者保健福祉手帳番号			受給者番号	
治療方針の変更			診断書の添付	
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医　療　機　関　名　固定文言２		所 在 地・ 電 話 番 号　固定文言４	
	固定文言３＋編集１		固定文言５＋編集２	
固定文言６ 備　　考	固定文言７＋編集３			

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　固定文言８

申請者氏名　　年　　月　　日

○○○○都道府県知事・市町村長　殿

自由記載１

※　「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※　「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※　「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※　「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
※　「治療方針の変更」「診断書の添付」は継続申請（診断書の提出が２年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）
※　「診断書の添付」は前年度（１年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

固定文言９＋編集４

自由記載２

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保　・　低１　・　低２　・　中間１　・　中間２　・　一定以上			重度かつ継続	該当　・　非該当
今回所得区分	生保　・　低１　・　低２　・　中間１　・　中間２　・　一定以上			重度かつ継続	該当　・　非該当
所得確認方法	個人番号　市町村民税課税証明書　市町村民税非課税証明書　標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書　その他収入状況を証する書類（　　）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
診断書の提出	医療用（１年目）　・　医療用（２年目）　・　手帳用（１年目）　・　手帳用（２年目）　・　手帳で新規				
備　考					

自由記載３

自由記載４

別紙様式第４号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 精神通院 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
	個人番号		
保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄
	氏　名		
	住　所	〒　□受診者と同じ	電話番号
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	

	事　項	変　更　前	変　更　後
変更内容	受診者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	保護者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）		
	精神障害者保健福祉手帳番号		

備　考	固定文言１＋編集１

固定文言２

私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○都道府県知事・市町村長　殿

自由記載１

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。固定文言３＋編集２

自由記載２

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（精神通院）支給認定決定通知書

○○○○都道府県知事・市町村長　印

先に申請のありました自立支援医療費（精神通院）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１＋編集１

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
保護者氏名			
有効期間	から　　まで		
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

固定文言２

自由記載１

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（精神通院）支給変更決定通知書

○○○○都道府県知事・市町村長　印

先に申請のありました自立支援医療費（精神通院）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１＋編集１

受給者番号		変更決定日	
受診者氏名			
保護者氏名			
有効期間	から　　まで		
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
変更の理由			

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

固定文言２

自由記載１

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（精神通院）支給認定取消通知書

○○○○都道府県知事・市町村長　印

固定文言１

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第５７条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

受給者番号	
受診者氏名	
保護者氏名	
支給認定取消日	
取消理由	
固定文言２ 備考	固定文言３＋編集１

固定文言４

お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。

自由記載１

教示文

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 精神通院 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
	個 人 番 号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係
	保護者氏名		
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電話番号
	保護者個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	
再交付を申請する理由		固定文言１ 該当するものに〇を付けてください。 1　破損 2　汚損 3　紛失	

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

〇〇〇〇都道府県知事・市町村長　殿

自由記載１

※　破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
※　再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに知事・市町村長に返還してください。

固定文言３＋編集１

自由記載２

様式番号

自立支援医療受給者証返還届（ 精神通院 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　　月　　日
	住　　所	〒	電話番号
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	
返還の理由		固定文言１ 該当するものに○を付けてください。　※その他の場合は理由を記載してください。 1　治療の終了 2　受診者の申し出 3　死亡 4　転出 5　回復した 6　その他（理由：　　）	

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証を返還します。

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○都道府県知事・市町村長　殿

自由記載１

固定文言３＋編集１

自由記載２

別添様式例第２号

調　　査　　書

申請年月日	年　　月　　日	申請の種類	
対象者 住　所			
対象者 フリガナ			
対象者 氏　名			
対象者 生年月日	年　　月　　日	電話番号	

世帯員の状況	氏　名	年齢	対象者との続柄	課税状況 課税区分	課税状況 市民税所得割	備考 固定文言１
						編集１

非課税世帯	氏　名	所　得	障害年金	手　当	合　計
		円	円	円	円

世帯区分	

基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
月額負担上限額			
円			

用具名	基準額	見積額	利用者負担	公費負担
	円	円	円	円

上記のとおり確認しました。

年　　月　　日

調査者

自由記載１

別添様式例第３号

送付先

第　　号
年　　月　　日

判　定　依　頼　書

身体障害者更生相談所長　様

市　町　村　長　印

下記の者に対する補装具の判定を依頼します。

固定文言１

対　象　者	フリガナ		生年月日	
	氏　名			
	住　所			
身体障害者手帳	手帳番号		等　級	
	交付日		再交付日	
障　害　名				
申請の種類				
最近６年間の補装具購入・借受け・修理状況				
判定依頼事項	**固定文言２＋編集１**			
備　考	**固定文言３＋編集２**			

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別添様式例第４号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

判　定　通　知　書

対象者氏名 様

先にありました補装具費の申請については、専門的判定の必要がありますので、身体障害者更生相談所において判定を行うことになりました。
なお、当日は本書をお持ちください。**固定文言１**

記

１．身体障害者手帳番号

２．判定依頼事項

固定文言２＋編集１

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

補装具費支給決定通知書

標記のことについて、次のとおり決定しました**固定文言１**ます。

対象者	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	年　月　日	電話番号	
保護者氏名			続　柄	
支給番号		支給決定日	年　月　日	
決定内容		借受け期間	年　月　日　～　年　月　日	
補装具名				
補装具事業者	名　称			
	所在地	〒		
	電話番号			

基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額
円	円	合計額	円	（合計額） 円
月額負担上限額		月額 （借受けの場合）	（初月）　円	
円			（中間月）　円	
			（最終月）　円	

自由記載１

教　　示

この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に市町村名長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名長を被告として（訴訟において市町村名を代表する者は市町村名長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

教示文

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別添様式例第８（１）号

自由記載１

A201100000020A

補　装　具　費　支　給　券

支給番号		支給決定日		購入・借受け・修理の別	
借受け期間（借受けの場合）	年　月　日　～　年　月　日				
氏　名		生年月日			
住　所					
保護者氏名		続　柄			
補装具の名称					
修理部位					
処　方					
補装具事業者	名　称				
	所在地				
	電話番号				

基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
月額負担上限額			
円			

上記のとおり決定する。

年　月　日

市町村長　印

適合判定	判定年月日	年　月　日	判定員職氏名			
受領	受領年月日	年　月　日	受領者氏名		本人との関係	

自由記載２

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別添様式例第８（２）号

自由記載１
A201100000020A

補　装　具　費　支　給　券

支給番号		支給決定日	年　月　日
借受け期間	年　月　日　～　年　月　日		
氏　名		生年月日	年　月　日
住　所			
保護者氏名		続柄	
補装具の名称			
修理部位			
処　方			
補装具事業者	名　称		
	所在地		
	電話番号		

基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
月額負担上限額			
円			

上記のとおり決定する。

年　月　日

市町村長　印

自由記載２

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載１

A201100000020A

補　装　具　費　支　給　券

支給番号		支給決定日	年　月　日
借受け期間	年　月　日　～　年　月　日		
氏　名		生年月日	年　月　日
住　所			
保護者氏名		続柄	
補装具の名称			
修理部位			
処　方			
補装具事業者	名　称		
	所在地		
	電話番号		

基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
月額負担上限額			
円			

上記のとおり決定する。

年　月　日

市町村長　印

返却確認	返却日	年　月　日	事業者名			
			申請者氏名		本人との関係	

自由記載２

（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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別添様式例第９号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

却下決定通知書

先に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

固定文言１

記

１　申請事項

固定文言２＋編集１

２　却下の理由

自由記載１

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に　市町村名　長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、　市町村名　長を被告として（訴訟において　市町村名　を代表する者は　市町村名　長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６　か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

年　　月　　日

（宛先）

固定文言１

支給決定を受けた補装具の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補装具費の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

支 給 券 番 号	
対 象 者 氏 名	
補　装　具　名	
補 装 具 価 格	円
利 用 者 負 担 額	円
補装具費請求額	円

請求者兼委任者　　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（障害者又は障害児
の保護者）　　氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

固定文言２

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、登録の口座に振り込んでください。

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受任者　　名　　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（事業者）

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

補装具費支給決定のお知らせ

標記のことについて、次のとおり決定しました固定文言1します。

対象者	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	年　月　日	電話番号	
保護者	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名			

支給番号		支給決定日	年　月　日
決定内容	(購入・借受け・修理)	借受け期間	年　月　日　～　年　月　日
補装具名			

基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額
円	円	合計額	円	(合計額) 円
月額負担上限額		月額 (借受けの場合)	(初月)　円	
円			(中間月)　円	
			(最終月)　円	

備考	
固定文言２	固定文言３＋編集１

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

別添様式例第１号

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）市町村長

申請者	住　　所	
	氏　　名	
	個 人 番 号	
	対象者との続柄	
	電 話 番 号	

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。
補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

固定文言１

対象者	□　申請者と同じ　※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。				
	住　　所				
	フリガナ 氏　　名				
	個人番号				
	生年月日	年　　月　　日	電話番号		
身体障害者手帳 障　害　名	手帳番号	第　　号			
	交付年月日	年　月　日	障害種別・等級		
疾患名	（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に規定する疾患名を記載のこと）				
購入・借受け・修理を受ける補装具名					
判定予定日					
希望する補装具事業者	名　称				
	所在地				
	電話番号		FAX		
該当する所得区分					
生活保護への移行予防措置に関する認定	□　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。				

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

補装具費支給廃止通知書

標記のことについて、次のとおり廃止しました。

固定文言１

対象者	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	年　月　日	電話番号	
保護者氏名			続柄	
支給番号		廃止日	年　月　日	
廃止理由				
申請種別		借受け期間	年　月　日　～　年　月　日	
補装具名				
補装具事業者	名　称			
	所在地	〒		
	電話番号			

自由記載１

教　　示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に市町村名長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名長を被告として（訴訟において市町村名を代表する者は市町村名長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

教示文

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して３か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の翌日から起算して１年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第2号

（表　　面）

特別児童扶養手当受給資格者名簿

整理番号		個人番号		年　月　日認定	市　町　村　名（　　）

氏名		住所	〒
			（　・　・　変更）
			（　・　・　変更）

生年月日	・　・	支払先金融機関	名　称	口座番号等	公的給付支給等口座
受給者記号・番号	第　号				有・無
手当月額	・　・　円（　）				有・無
	・　・　円（　）			（　・　・　変更）	
	・　・　円（　）				有・無
	・　・　円（　）			（　・　・　変更）	
	・　・　円（　）				

支給対象障害児	等級	氏　名	個人番号	続柄	生年月日	該当年月日	非該当予定年月日	非該当年月日	非該当事由	備　考
						・　・	・　・	・　・		
						・　・	・　・	・　・		
						・　・	・　・	・　・		
						・　・	・　・	・　・		

受給資格喪失	喪失年月日	喪　失　事　由
	・　・	

備　考	固定文言１＋編集１

（裏　　面）

整理番号		氏　名		受　給　者 記号・番号	第　　号

特別児童扶養手当支払記録

所得状況届	区　　分	年	年	年	年
	届　出　の　有　無	有・無	有・無	有・無	有・無
	所得制限の該当・非該当の別	該・非（災）	該・非（災）	該・非（災）	該・非（災）
	所得額・扶養人数・控除 （障・特障・老・勤）	円　人	円　人	円　人	円　人
支　給　停　止		年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで

区　分		氏　名	個人番号	受給資格者との続柄	受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	総所得金額等の合計額	備　考 （控除の種類等）
年	受　給 資格者			本　人			円	編集１
	配・扶						円	
	配・扶						円	
年	受　給 資格者			本　人			円	
	配・扶						円	
	配・扶						円	
年	受　給 資格者			本　人			円	
	配・扶						円	
	配・扶						円	

様式第３号　　（表　　面）

特別児童扶養手当受給資格者台帳

整理番号		個人番号		年　月　日認定　　指定都市名（　　）

氏名		住所	〒	支払金融機関	名称	口座番号等	公的給付支給等口座
							有・無
			（　．　．　変更）				有・無
					（　・　・　変更）		
			（　．　．　変更）				有・無
生年月日	・　・				（　・　・　変更）		

受給者記号・番号	第　　号	手当月額	・　・　　円（　　）
			・　・　　円（　　）
			・　・　　円（　　）
			・　・　　円（　　）

支障給害対児象	等級	氏名	個人番号	続柄	生年月日	該当年月日	有期診断日等	非該当予定年月日	非該当年月日	非該当事由
					・　・	・　・		・　・	・　・	
					・　・	・　・		・　・	・　・	
					・　・	・　・		・　・	・　・	
					・　・	・　・		・　・	・　・	

所得状況届					
	区分	年	年	年	年
	届出の有無	有・無	有・無	有・無	有・無
	所得制限の該当・非該当の別	該・非（災）	該・非（災）	該・非（災）	該・非（災）
	所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	円　人	円　人	円　人	円　人
支給停止		年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで

受給資格喪失	喪失年月日	・　・	喪失事由	
備考	固定文言１＋編集１			

（裏　　面）

整理番号		氏　名		受給者記号・番号	第　　号

特別児童扶養手当支払記録

区分		氏名	個人番号	受給資格者との続柄	受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	総所得金額等の合計額	備考（控除の種類等）
年	受給資格者			本人			円	編集１
	配・扶						円	
	配・扶						円	
年	受給資格者			本人			円	
	配・扶						円	
	配・扶						円	

区分		年 ①	年 ②	年 ①	年 ②	年 ①	年 ②	年 ①	年 ②
12月渡	8月分	円		円		円		円	
	9月分	円		円		円		円	
	10月分	円		円		円		円	
	11月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済年月日	・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・	
4月渡	12月分	円		円		円		円	
	1月分	円		円		円		円	
	2月分	円		円		円		円	
	3月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済年月日	・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・	
8月渡	4月分	円		円		円		円	
	5月分	円		円		円		円	
	6月分	円		円		円		円	
	7月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済年月日	・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・	

様式第4号

第　　号

年　　月　　日

都道府県知事　殿

市　町　村　長

特別児童扶養手当関係書類　提　出　再提出　書

件　　名	件　　数
	外　　件
	外　　件
	外　　件
	外　　件
	外　　件

備考

自由記載１

様式第7号

第　　号
年　　月　　日

都道府県知事　殿

市　町　村　長

特別児童扶養手当住所・支払金融機関変更届処理済報告書

変更届書の種類	処理済年月日	受給者記号・番号	受給資格者氏名	住所変更届又は支払金融機関変更届の場合	
				旧	新

自由記載１

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書の提出について

（申請者）　　様

市　町　村　長　印

あなたが受給している特別児童扶養手当について、支給対象児童の再認定時期となりましたので、下記のとおり書類を提出してください。
なお、正当な理由がなく提出期限内に提出しない場合には、特別児童扶養手当等の支給に関する法律第１１条の規定によ**固定文言１**の翌月分から手当を受けることができなくなります。
また、手当が所得制限により支給停止となる場合は、診断書の提出を省略することができます。

記

受給資格者 氏　　名		受　給　者 記号・番号	
対象児童氏名			
提出書類 **固定文言２**	**固定文言３＋編集１** 1.　障害状態再審査（診断）請求書 2.　特別児童扶養手当認定診断書 ※診断書は、提出期限の月又はその前月中に作成してください。 ※障害の種類によって診断書の様式は異なります。		
提出期限	から　　まで		
備　　考 **固定文言４**	**固定文言５＋編集２**		

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当所得状況届の提出について

（申請者）　　様

市　町　村　長　印

あなたが受給している特別児童扶養手当について、所得審査のため毎年所得状況届を提出していただく必要がありますので、下記のとおり書類を提出してください。
なお、正当な理由がなく提出期間内に提出しない場合には、本年８月分から手当を受けることができなくなります。
固定文言１

記

受給者氏名		受　給　者 記号・番号	
提出書類 固定文言２	固定文言３ 1.　特別児童扶養手当所得状況届 2.　別居監護申立書（請求者と対象児童が別居している場合に必要） 3.　養育申立書（請求者が対象児童の父母以外である場合に必要） 4.　住所要件に関する申立書（DV等により住民票上の住所と異なる場所に居住している場合に必要） ※申立書には民生（児童）委員等の証明が必要です。		
提出期間	８月12日から９月11日まで　固定文言４・日・祝日は除く）		
備　　考 固定文言５	固定文言６＋編集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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第六号(第四条関係)

自由記載１

A20110000020A

(表　面)

※※整理番号　第　　号	※市区町村受付年月日　・　・	※市区町村提出　・　・

特別児童扶養手当所得状況届　(　　年分)

①受給者記号・番号 第　　号			②氏名			③住所	〒				
④個人番号				⑤受給者		⑥配偶者		⑦扶養義務者			
氏名											
⑧個人番号											
⑨同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給者については、㋑70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㋺特定扶養親族の数、㋩16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))				人 (㋑　人) (㋺　人) (㋩　人)		人 (　人)		人 (　人)		人 (　人)	
⑩⑨以外で前年の12月31日において受給者によって生計を維持していた児童				人							
⑪所得額				円	※円	円	※円	円	※円	円	※円
控除	⑫障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数			人	円	人	円	人	円	人	円
	⑬特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数			人	円	人	円	人	円	人	円
	⑭障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別			障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
	⑮			円	円	円	円	円	円	円	円
				円	円	円	円	円	円	円	円
	⑯社会保険料等相当額				円		円		円		円
⑰控除後の所得額				円		円		円		円	

⑱本年8月1日における支給対象障害児の状況

障害児氏名	続柄	個人番号			生年月日	同居別居の別	主な日中の所在(在学学校名等)
					・　・	同居 別居	
					・　・	同居 別居	
					・　・	同居 別居	
					・　・	同居 別居	
					・　・	同居 別居	

誓約事項	□ 所得額等について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

上記のとおり、所得状況を届け出ます。　固定文言１

年　月　日

知事・市長　殿　　氏名　　電話番号

※審査	⑤～⑰欄の記載事項		⑱の欄及びその他の欄の記載事項

上記のとおり、相違ありません。

年　月　日

市区町村長

※※所得制限額　　以上・未満

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。　(A列4番)

（裏面）

注意

1　この届は、毎年8月12日から9月11日までの間に出してください。この期間中に出さないと手当の支払が差し止められることがあります。

なお、本年7月以降に認定請求書を出している方は、出す必要がありません。

2　⑦の欄は、あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している）あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。

3　⑨の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族（以下「扶養親族等」といいます。）の合計数を記入してください。

なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により（　）内に再掲してください。

(1)　受給者については、㋑に70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、㋺に特定扶養親族の数を、㋩に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。

(2)　配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。

4　⑩の欄の「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。）又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。

5　⑪の欄は、前年の所得について、都道府県民税の総所得金額（給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額）、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額（譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額）及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。

6　⑫及び⑬の欄は、扶養親族等について該当する人の数を記入してください。

7　⑭の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法上に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。

8　⑮の欄は、前年の所得について、地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額等を記入してください。

9　本年1月2日以後現住所に転入された方は、⑨から⑮の欄に記入した事項について、前の住所地の市区町村長の証明書を添えて出してください。

10　この届について分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

自由記載２

様式番号

窓空宛名

自由記載１

通　　番	
受　給　者 記号・番号	

特別児童扶養手当現況届　（　　年度）

受給者	フリガナ			生年月日	
	氏　　名				
	住　　所	〒		電話番号	
支給対象障害児１人目	氏　　名			生年月日	
	施設への入所状況	□入所中　□入所予定 年　　月　　日から	□入所していた 年　　月　　日から 年　　月　　日まで		□入所していない
		施設名（※1）			
	公的年金の受給状況	□受給している　□申請中			□受給していない
		年金の名称（※2）	年金の種類（※3）	基礎年金番号	
支給対象障害児２人目	氏　　名			生年月日	
	施設への入所状況	□入所中　□入所予定 年　　月　　日から	□入所していた 年　　月　　日から 年　　月　　日まで		□入所していない
		施設名（※1）			
	公的年金の受給状況	□受給している　□申請中			□受給していない
		年金の名称（※2）	年金の種類（※3）	基礎年金番号	

（※1）児童福祉施設等（母子生活支援施設、保育所、通所施設を除く）をご記入ください。
（※2）国民年金・厚生年金・共済年金・船員年金・恩給・労災年金・その他（名称）をご記入ください。
（※3）障害年金・障害補償年金をご記入ください。

固定文言１

上記のとおり届出します。

年　　月　　日

氏　　名

知事・市長　殿

電話番号

自由記載２

様式第十一号(第十七条関係)

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当認定通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

申　請　日付けで請求のありました特別児童扶養手当については、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

受給者氏名			受給者住所		
支給対象障害児の氏名	1級 2級			1級 2級	
	1級 2級			1級 2級	
	1級 2級			1級 2級	
支給対象障害児数	(1級)　　人			支給手当月額	円
	(2級)　　人				
支給開始年月	年　　月分から			受給者記号・番号	第　　号
支払金融機関	支払方法		支払金融機関名		口座番号
備考	固定文言１＋編集１				

◎ 裏面の注意をよく読んでください。

固定文言２　　(A列4番)

(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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第十一号(第十七条関係)

(裏　面)

注意

1　特別児童扶養手当認定通知書を受けた方の特別児童扶養手当は金融機関の口座への振り込み又は郵便局への送金により受けることになっています。

なお、特別児童扶養手当を郵便局への送金により受ける場合は、特別児童扶養手当送金通知書及び特別児童扶養手当受給証明書とともに、印鑑証明書又は身分証明書等の正当な受取人又はその代理人であることを証する書面を支払郵便局へ持参することにより受けることになっています。

固定文言３

2　この認定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

3　この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は市)を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

様式第十一号の二(第十七条関係)

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当支給停止通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

あなたは、特別児童扶養手当等の支給に関する法律(第6条、第7条、第8条)の規定により、下記のとおり支給停止となりましたので通知します。

固定文言１

記

受給資格者 氏　　名		受給資格者 住　　所	
支給停止の 期　　間	年　　月から 年　　月まで	受　給　者 記号・番号	第　　号
備　　考	固定文言２＋編集１		

◎　裏面の注意をよく読んでください。

(A列4番)

固定文言３

(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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

(裏　面)

注意

1　特別児童扶養手当所得状況届は毎年8月12日から9月11日までの間に出してください。この届を出さないと支給停止の期間の経過後も手当の支払がされません。

なお、本年7月以降に認定請求書を出している方又は支給停止の事由が継続している方は、本年の所得状況届は出す必要がありません。

固定文言４

2　支給停止中の期間内に、あなた又はあなたの配偶者、扶養義務者(父母、祖父母、子、孫、兄弟姉妹など)で震災、風水害、火災などの災害により、住宅、家財その他の財産についてその価格のおおむね2分の1以上の損害を受けた場合には、支給停止が解除されることがありますので、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

3　この支給停止に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

教示文

4　この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は市)を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

様式第十二号(第十八条関係)

第　　号
年　　月　　日

窓空宛名

特別児童扶養手当認定請求却下通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

申　請　日付けで特別児童扶養手当の認定の請求がありましたが、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

氏　　名	
住　　所	
却下した理由	

自由記載１

教示文

これに不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は、市)を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

(A列4番)

(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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第十三号(第十九条関係)

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当額改定通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

下記のとおり、特別児童扶養手当の額を改定したので通知します。
固定文言１

記

受給者	氏　　名			受給者記号・番号	第　　号
	住　　所				
新たに対象となる障害児名		(1)		(2)	
改定前	支給対象障害児数	(1級)　　人	改定後	支給対象障害児数	(1級)　　人
		(2級)　　人			(2級)　　人
	手当月額	円		手当月額	円
改定年月		年　　月分から			
備　　考		固定文言２＋編集１			

注意　(A列4番)

1　これに不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

2　この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)　教示文　の通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は市)を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

(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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第十四号(第十九条関係)

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当額改定請求却下通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

申　請　日付けで特別児童扶養手当の額の改定請求がありましたが、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

請求者氏名		受　給　者 記号・番号	第　　号
請求者住所			
却下した理由			

自由記載１

教示文

これに不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は市)を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

(A列4番)

(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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第十五号(第二十四条関係)

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当資格喪失通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

下記のとおり、受給者は特別児童扶養手当の受給資格がなくなりましたので通知します。

固定文言１

記

氏　　名		受　給　者 記号・番号	第　　号
住　　所			
受給資格がなくなった理由			
受給資格がなくなった日	年　　月　　日		

自由記載１

これに不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は市)を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

教示文

なお、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

(A列4番)

(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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式第７号

第　　号
年　　月　　日

市町村長　殿

都道府県知事・指定都市市長

特別児童扶養手当受給資格者移管通知書

下記の受給資格者につき市町村長に移管されたから／市町村に移管するから

特別児童扶養手当受給資格者名簿を整備されたい。

受給者記号・番号	旧住所地	第　　号
	新住所地	第　　号
受給資格者氏名		
住所	変更前	
	変更後	
旧住所地市町村への移管通知年月日		年　　月　　日
新住所地市町村への移管通知年月日		年　　月　　日
備考	固定文言１＋編集１	

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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当有期認定通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

あなたの特別児童扶養手当の受給資格は、下記のとおり有期認定となりました。有期認定された期間以後引き続き特別児童扶養手当を受けようとするときは、次回提出期限までに下記の提出書類を提出してください。

固定文言１

記

受　給　者	氏名	
	住所	
支給対象児童	氏名	
受　給　者記号・番号	第　　号	
有期認定期間	年　　月　から　　年　　月　まで	
提出書類	固定文言２ 1.　障害状態再審査（診断）請求書 2.　特別児童扶養手当認定診断書 ※診断書は、提出期限の月又はその前月中に作成してください。 ※障害の種類によって診断書の様式は異なります。	
提出期限	末日まで	
備　　考	固定文言３＋編集１	

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

（表面）

様式第一号（第一条関係）

◎裏面にも記入欄があります。　※、※※の欄は記入する必要がありません。　字は楷書ではっきり書いてください。

※※　第　　号	※ 市区町村 受付年月日　・　・	※ 市区町村　・　・ 提　出　第　　号	※ 市区町村　・　・ 再 提 出　第　　号

特別児童扶養手当認定請求書

関係書類を添えて、特別児童扶養固定文言１資格の認定を請求します。	年　　月　　日　　知事・市長　殿 氏名　　電話番号
誓約事項	□ 下記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

あなたのことについて

① 上段：フリガナ　下段：氏名		②生年月日	③個人番号	④配偶者の有無
□請求者と同じ □それ以外（右に記入）				ある・ない

⑤住所	〒 TEL　　（　　）
⑥ 支払希望 金融機関	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。　（注）あらか固定文言２ータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。　固定文言３

銀行 信用金庫 （　　）	本店 支店 出張所	普通 当座 （　　）	口座 番号													口座名義人 カナ	
ゆうちょ銀行	記号								番号								

⑦ 職業又は勤務先名		⑧ 勤務先所在地	

障害児のことについて

１人目				２人目			
⑨支給対象障害児の氏名（生年月日）	⑩個人番号			⑨支給対象障害児の氏名（生年月日）	⑩個人番号		
⑪請求者との続柄	⑫父の氏名	⑬母の氏名		⑪請求者との続柄	⑫父の氏名	⑬母の氏名	
⑭障害による年金の受給状況		⑮身体障害者手帳の番号 又は障害等級　固定文言４	⑯障害名	⑭障害による年金の受給状況		⑮身体障害者手帳の番号 又は障害等級　固定文言４	⑯障害名
支給されている 支給停止 申請中 支給されない	種類			支給されている 支給停止 申請中 支給されない	種類		

注意

1　この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。

(1)　あなたと支給対象障害児の戸籍の謄本又は抄本とこれらの者の属する世帯全員の住民票の写し

(2)　請求者が父又は母である場合であって、請求者以外の父又は母も支給対象障害児を監護しているときは、その請求者が主としてその障害児の生計を維持していること、又は主としてその障害児を介護していることを明らかにすることができる書類

(3)　請求者が父又は母である場合であって、支給対象障害児と同居しないでこれを監護しているときは、その事実を明らかにすることができる書類

(4)　請求者が父母以外の者である場合は、支給対象障害児の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本と請求者がその障害児を養育していることを明らかにすることができる書類

(5)　支給対象障害児についての医師又は歯科医師の診断書、次の傷病によるときには、エックス線直接撮影写真　固定文言５
呼吸器系結核・肺えそ・肺のうよう・けい肺・じん臓結核・胃かいよう・胃がん・十二指腸かいよう・内臓下垂症・動脈りゅう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他

(6)　本年1月2日以後現住所に転入された方は、　から　までの欄に記入した事項について、前の住所地の市区町村長の証明書

2　⑥の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。

3　⑫及び⑬の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同左」と記入して差し支えありません。

4　⑭の欄は、支給対象障害児の障害による年金の受給について、該当する文字を○で囲んでください。なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。

（裏面）

あなたと、あなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について	⑰　　年分所得

		⑱請求者		⑲配偶者		⑳扶養義務者			
氏名									
㉑個人番号									
㉒同一生計配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数（請求者については、イ70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数ロ特定扶養親族の数ハ16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））		人 （㋑　　） （㋺　　） （㋩　　）		人 （　　）		人 （　　）		人 （　　）	
㉓㉒以外で前年の12月31日において請求者によって生計を維持していた児童		人		人		人		人	
㉔所得額		円	※円	円	※円	円	※円	円	※円
控除	㉕障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円
	㉖特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円
	㉗障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
	㉘	円	円	円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円	円	円
	㉙社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円	円	円
㉚控除後の所得額		円		円		円		円	

注意
5　⑳の欄は、あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している）あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。
6　㉒の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により（　）内に再掲してください。
（1）　請求者については、イに70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、ロに特定扶養親族の数を、ハに16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
（2）　配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
7　㉓の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。）又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
8　㉔の欄は、前年（1月から6月までの間に請求をする人の場合には、前々年をいいます。）の所得について都道府県民税の総所得金額（給与所得又は公的年金等がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額）、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額（譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額）及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
9　㉗の欄は、⑱、⑲又は⑳の欄に掲げる者が、地方税法上に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
10　㉘の欄は、前年の所得についての地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額等を記入してください。
11　この請求書について分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

固定文言６

自由記載１

※審査	事項				上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日　　市区町村長		
※※認定（支給停止）・却下	支給開始年月日	対象障害児数	手当月額	支払期月金額	記号・番号	※添付書類	戸籍、住民票、診断書・X線フイルム、前住地の所得証明書、養育申立書・証明書、別居監護申立書・証明書、介護申立書、その他（　　）
		（1級）　人 （2級）　人	円 月から　円 月から　円	12月　円 ４月　円 ８月　円	第　　号	※備考	編集１

様式第四号（第二条係）

（表　面）

※※第　　号				
※経　由 市町村名			※市区町村 受付年月日　　・　・	
※市区町村 提　出　　・　・　第　　号			※市区町村 再提出　　・　・　第　　号	
特別児童扶養手当額改定請求書				
あなたのことについて	①（フリガナ） 氏　名		②受給者 記号・番号	第　　号
	③住　所	〒		
	④個人番号			
障害児のことについて	⑤支給対象障害児の氏名 （生年月日）	〔　　年　月　日生〕	〔　　年　月　日生〕	
	⑥個人番号			
	⑦請求者との続柄 （同居・別居の別）			
	⑧父の氏名			
	⑨母の氏名			
	⑩障害による年金の受給状況	支給されている 支給停止 申請中 支給されていない 種類（　　）	支給されている 支給停止 申請中 支給されていない 種類（　　）	
	⑪身体障害者手帳の番号及び障害等級 固定文言１			
	⑫障害名			
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。			

関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。

固定文言２

年　月　日

氏　名

知事・市長　殿

電話番号

※※ 改定・却下	改定年月	年　月	対象障害児数	（1級）　人 （2級）　人

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではつきり書いてください。

固定文言３

（A列4番）

様式第四号（第二条係）

（裏　　面）

注意

固定文言４

1　⑧及び⑨の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同左」と記入してさしつかえありません。

2　⑩の欄は、支給対象障害児の障害による年金の受給について、該当する文字を○で囲んでください。

なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。

3　この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。ただし、既に特別児童扶養手当の支給が行われている障害児の障害の程度が増進したことにより特別児童扶養手当の額の改定の請求を行うときは、(1)から(4)までの書類は添える必要がありません。

(1)　支給対象障害児の戸籍の謄本又は抄本とその障害児の属する世帯全員の住民票の写し

(2)　請求者が父又は母である場合であつて、請求者以外の父又は母も支給対象障害児を監護しているときは、その請求者が主としてその障害児の生計を維持していること、又は主としてその障害児を介護していることを明らかにすることができる書類

(3)　請求者が父又は母であつて、支給対象障害児と同居しないでこれを監護しているときは、その事実を明らかにすることができる書類

(4)　請求者が父母以外の者である場合は、支給対象障害児の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本と請求者がその障害児を養育していることを明らかにすることができる書類

(5)　支給対象障害児についての医師又は歯科医師の診断書、次の傷病にあるときは、エツクス線直接撮影写真

呼吸器系結核・肺えそ・肺のうよう・けい肺・じん臓結核・胃かいよう・胃がん・十二指腸かいよう・内臓下垂症・動脈りゆう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他

4　この請求書についてわからないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

自由記載１

様式第五号（第三条関係）

（表　面）

※※第　　号			
※経　　由 市区町村名		※市 区 町 村 受付年月日　　・　・	
※市区町村　　・　・ 提　出　第　　号		※市 区 町 村　　・　・ 再 提 出　第　　号	
特 別 児 童 扶 養 手 当 額 改 定 届			
（フリガナ） 受給者の氏名		受　給　者 記号・番号	第　　号
受給者の住所	〒		
個 人 番 号			
支給対象障害児でなくなつた障害児又は障害の程度が低下した支給対象障害児の氏名・生年月日	改　定　の　理　由	理由の発生した年月日	
（　　年　　月　　日生）	イ ロ ハ ニ ホ 固定文言１ ヘ ト チ リ	年　　月　　日	
（　　年　　月　　日生）	イ ロ ハ ニ ホ 固定文言２ ヘ ト チ リ	年　　月　　日	
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。		

上記のとおり、特別児童扶養手当の額の改定について届け出ます。
固定文言３

年　　月　　日

氏　　名
電話番号

知事・市長　殿

改定年月	※※ 年　　月	対象障害児数	（1 級）　　人
			（2 級）　　人

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。
固定文言４
◎字は楷書でははつきり書いてください。

（A 列 4 番）

様式第五号（第三条関係）

（裏　　面）

注意

固定文言５

1　「改定の理由」の欄は、次に掲げるところにより該当する文字を○で囲んでください。

イ　受給者が支給対象障害児の父又は母である場合であつて、その父又は母に監護されなくなつた。

ロ　父及び母が支給対象障害児を監護している場合において、受給者である父又は母に主として生計を維持されることがなくなつた、又は主として介護されなくなつた。

ハ　受給者が養育者（父母以外の者）である場合であつて、その養育者に養育（同居、監護、生計維持）されなくなつた。

ニ　死亡した。

ホ　日本国内に住所を有しなくなつた。

ヘ　20歳に達した。

ト　障害による年金を受けることができるようになつた。

チ　特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める程度の障害の状態に該当しなくなつた。

リ　特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める1級に該当する障害の状態から2級に該当する障害の状態に低下した。

2　すべての支給対象障害児が1のイからチまでのどれかに該当するようになつたときは、手当を受ける資格がなくなりますので、手当資格喪失届を出してください。

自由記載１

様式第九号（第十一条係）

（表　面）

※※第　　号	
※経　　由 市区町村名	※市区町村 受付年月日　　・　・
※市区町村　　年　月　日 提　出　第　　号	※市区町村　　・　・ 再提出　第　　号

特別児童扶養手当資格喪失届

(フリガナ) 受給者の氏名		受給者 記号・番号	第　　号
受給者の住所	〒		
個人番号			
受給資格がなくなった理由	イ　ロ　ハ　ニ　ホ　ヘ　ト チ　リ 固定文言１		
理由が発生した日	年　月　日		
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。		

上記のとおり、特別児童扶養手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。
固定文言２

年　月　日

氏　名
知事・市長　殿　　電話番号

※※
通知　・　・　第　　号

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。
固定文言３
◎　字は楷書ではつきり書いてください。

（A列４番）

自由記載１

様式第九号（第十一条係）

（裏　　面）

注意

固定文言４

1　「受給資格がなくなつた理由」の欄は、次に掲げるところにより該当する文字を○で囲んでください。

イ　受給者が日本国内に住所を有しなくなつた。

ロ　受給者が支給対象障害児の父又は母である場合であつて、支給対象障害児がその父又は母に監護されなくなつた。

ハ　父及び母が支給対象障害児を監護している場合において、支給対象障害児が受給者である父又は母に主として生計を維持されることがなくなつた、又は主として介護されなくなつた。

ニ　受給者が養育者(父母以外の者)である場合であつて、支給対象障害児がその養育者に養育(同居、監護、生計維持)されなくなつた。

ホ　支給対象障害児が死亡した。

ヘ　支給対象障害児が日本国内に住所を有しなくなつた。

ト　支給対象障害児が20歳に達した。

チ　支給対象障害児が、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める障害の状態に該当しなくなつた。

リ　支給対象障害児が、障害による年金を受けることができるようになつた。

2　受給者が死亡したときは、この届けではなく、戸籍の届出をしなければならない人に、受給者の死亡の届書を出してもらうことになります。

自由記載２

様式第十号（第十三条関係）

（表　　面）

※※第　　号			
※経　　由 市区町村名		※市区町村 受付年月日	年　月　日 年　月　日
※市区町村 提　出　第　　号		※市区町村 再提出	年　月　日 年　月　日 年　月　日

未支払特別児童扶養手当請求書

①死亡者	(フリガナ) 氏　名		住　所	〒
	受給者 記号・番号	第　　号	死亡した日	年　月　日
②請求者である障害児	(フリガナ) 氏　名		住　所	□死亡者に同じ 〒
	個人番号			
	支払希望金融機関	受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。 固定文言１	
		銀行 信用金庫 （　　）	本店 支店 出張所	普通 当座 （　　）　口座番号
		ゆうちょ銀行	記号　　番号	
		口座名義人カナ		

誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき、上記のとおり請求します。
固定文言２

年　月　日

請求者氏名

知事・市長　殿　　電話番号

※※　資格喪失通知　第　　年　月　日　号	※※未支払手当支給通知　年　月　日

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。
◎　字は楷書ではつきり書いてください。　固定文言３

（A列４番）

様式第十号（第十三条関係）

（裏　　面）

注意

固定文言４

1　②の欄の「支払希望金融機関」の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関をえらんで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。

2　請求者である障害児に代わつて支払金融機関で未支払の手当を受けとる人があるときは、備考欄にその人の氏名、住所及び請求者である障害児との続柄その他の関係を記入してください。

自由記載１

様式番号

※経　　由 市区町村名	※市 区 町 村 受付年月日　　・　　・
※市区町村　　・　　・ 提　　出　　第　　号	※市区町村　　・　　・ 再 提 出　　第　　号

特別児童扶養手当記載事項変更届

(フリガナ) 受給者の氏名		受　給　者 記号・番号	第　　号
個人番号			

住　所	変更前	〒	変更後	〒
受給者 氏　名	変更前		変更後	
児　童 氏　名	変更前		変更後	

支　払 金　融 機　関	変更前	銀行 信用金庫 (　　)	本店 支店 出張所	普通 当座 (　　)	口座番号	
		ゆうちょ銀行	記号	番号		
		口座名義人カナ		公金受取口座	有　・　無	
	変更後	受取 口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータルで公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。			
		銀行 信用金庫 (　　)	本店 支店 出張所	普通 当座 (　　)	口座番号	
		ゆうちょ銀行	記号	番号		
		口座名義人カナ				

固定文言２ その他 変　更 事　項	変更前	編集１	変更後	

誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

上記のとおり、記載内容変更について届け出ます。

年　　月　　日

氏　　名

知事・市長　殿　　電話番号

◎　※、※※の欄は記入する必要がありません。

◎　字は楷書ではつきり書いてください。

(A 列 4 番)

様式番号

※経　　由 市町村名	※市 区 町 村 受付年月日　　・　　・
※市区町村　　・　　・ 提　　出　　第　　号	※市区町村　　・　　・ 再 提 出　　第　　号

特 別 児 童 扶 養 手 当 転 出 届

(フリガナ) 受給者の氏名		受　給　者 記号・番号	第　　号
個人番号			
転出前住所	〒		
転出後住所	〒		

上記のとおり、特別児童扶養手当の[illegible]について届け出ます。

固定文言１

年　　月　　日

氏　　名

知事・市長　殿

電話番号

改定年月	※※　　年　　月	対象障害児数	(1 級)　　人
			(2 級)　　人

◎　※、※※の欄は記入する必要がありません。

◎　字は楷書ではつきり書いてください。

(A 列 4 番)

固定文言２

自由記載１

様式番号

※※第　　号	
※経　由　・ 市町村名	※市区町村 受付年月日　・　・
※市区町村　・　・ 提　出　第　号	※市区町村　・　・ 再提出　第　号

特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書

あなたのことについて	①（フリガナ） 氏　名		②受給者 記号・番号	第　号
	③住　所	〒		
障害児のことについて	④支給対象障害児の氏名 （生年月日）	〔　年　月　日生〕	〔　年　月　日生〕	
	⑤身体障害者手帳の番号及び障害等級 固定文言１			
	⑥障　害　名	（再認定の時期　）	（再認定の時期　）	
備考	固定文言２＋編集１			
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。			

固定文言３

関係書類を添えて、上記のとおり、届け出ます。

年　月　日

氏　名

知事・市長　殿

電話番号

自由記載１

様式第７号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当支給停止解除通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

あなたは、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定(第6条、第7条、第8条)により、支給停止となっておりましたが、**固定文言１**が解除されましたので通知します。

記

受給者記号・番号	
受給資格者氏名	
受給資格者住所	
解　除　年　月	
解　除　の　理　由	
備　　考	**固定文言２＋編集１**

固定文言３

(A列4番)

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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当所得状況届督促通知書

（申請者）　　様

市　町　村　長　印

あなたが受給している特別児童扶養手当について、下記の理由により、支給差止しましたので通知します。下記の提出期限までに所得状況届を提出してください。

固定文言１＋編集１

記

受給者氏名		受給者記号・番号	
受給者住所			
支給差止の理由	提出期間内に所得状況届が未提出であり、受給者の所得状況等について確認ができないため		
支給差止の期間	から		
提出期限			
備考 固定文言２	固定文言３＋編集２		

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県名知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名１を被告として（訴訟において市町村名２を代表する者は市町村長となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して１年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

教示文

（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　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890
メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

様式番号

特別児童扶養手当支払対象者一覧表（○○（指定都市名）→厚生労働省）　　年　　月払分

作成日　　年　　月　　日

No.	受給者番号	債主名漢字	債主名カナ	郵便番号	住所	金融機関名	支店名	預貯金種別	口座番号（記号番号）	支払金額
1	9999999999	厚労　太郎	ｺｳﾛｳ ﾀﾛｳ	100-8916	東京都千代田区霞が関1-2-2	ゆうちょ銀行			9999999999999	139,600
2	9999999999	厚労　太郎	ｺｳﾛｳ ﾀﾛｳ	100-8916	東京都千代田区霞が関1-2-2	みずほ銀行	虎ノ門支店	普通	9999999	209,600
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										

頁数／総頁数

様式第七号(第九条関係)

(表　面)

第　　号

特別児童扶養手当受給証明書

受給者氏名		生年月日	
受給者住所		受給者記号・番号	第　　号
支給対象障害児の氏名	1級 2級	1級 2級	
	1級 2級	1級 2級	
	1級 2級	1級 2級	
支給対象障害児数	(1級)　　人	支給手当月額	円
	(2級)　　人		
支給開始年月	年　　月分から	障害の程度に係る有期認定期間の有無及び終期年月	有・無　　年　　月
備　　考	固定文言１＋編集１		

固定文言２

上記のとおり、特別児童扶養手当の受給者であることを証明します。

年　　月　　日

都道府県知事・指定都市市長　印

◎ 裏面の注意をよく読んでください。

固定文言３

(A列4番)

(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　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

（裏　面）

注意

１　特別児童扶養手当を郵便局への送金により受ける場合は、特別児童扶養手当送金通知書及び本証明書とともに、印鑑証明書又は身分証明書等の正当な受取人又はその代理人であることを証する書面を支払郵便局へ持参することにより受けることになっています。

２　特別児童扶養手当は、受給資格者等の前年（１月～６月までに手当を請求するときは前々年）の所得が一定額以上であるときは、その年の８月から翌年の７月までの手当は支給されません。従って、本証明書は証明年月の年（証明年月が８月～１２月の場合はその翌年）の７月まで受給者であることを証明するものです。ただし、当該期間内であっても障害の程度に係る有期認定期間がある場合は、その終期年月まで受給者であることを証明するものとなります。

３　上記期間内であっても、その他の事由により受給者でなくなった場合は、本証明書を使用することはできません。

固定文言４

様式番号

※経　　由 市区町村名	※市区町村 受付年月日　　・　　・
※市区町村 提　　出　　・　　第　　・　　号	※市区町村 再 提 出　　・　　第　　・　　号

特別児童扶養手当受給証明申請書

(フリガナ) 受給者氏名		受給者 記号・番号	第　　号
受給者住所	〒		
個人番号			
理　　由			

上記の理由により、特別児童扶養手当の受給者であることを証する証明書の発行を申請します。

固定文言１

年　　月　　日

氏　　名

電話番号

知事・市長　殿

◎　※の欄は記入する必要がありません。

◎　字は楷(かい)書ではつきり書いてください。

固定文言２

(A列4番)

自由記載１