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

帳票詳細要件（01）

業務	01.障害者福祉共通	帳票ID	0220001
帳票名称	01.宛名シール		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	1人目	郵便番号	●			
2		住所	●			
3		方書	●			
4		氏名	●			氏名＋全角スペース＋”様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること　例）＋”御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
5		対象者氏名		●		”（”＋氏名＋全角スペース＋”様分）” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
6		カスタマーバーコード	●			
7		番号		●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、１からの連番、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。
8	2人目	郵便番号	●			
9		住所	●			
10		方書	●			
11		氏名	●			氏名＋全角スペース＋”様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること　例）＋”御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
12		対象者氏名		●		”（”＋氏名＋全角スペース＋”様分）” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
13		カスタマーバーコード	●			
14		番号		●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、１からの連番、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。
15	・・・					
16	N人目	郵便番号	●			
17		住所	●			
18		方書	●			
19		氏名	●			氏名＋全角スペース＋”様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること　例）＋”御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
20		対象者氏名		●		”（”＋氏名＋全角スペース＋”様分）” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
21		カスタマーバーコード	●			
22		番号		●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、１からの連番、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。
23	N+1人目以降は改ページする					※宛名シールのシートにより、出力できる対象者数（枚数）に合わせて改ページすること。

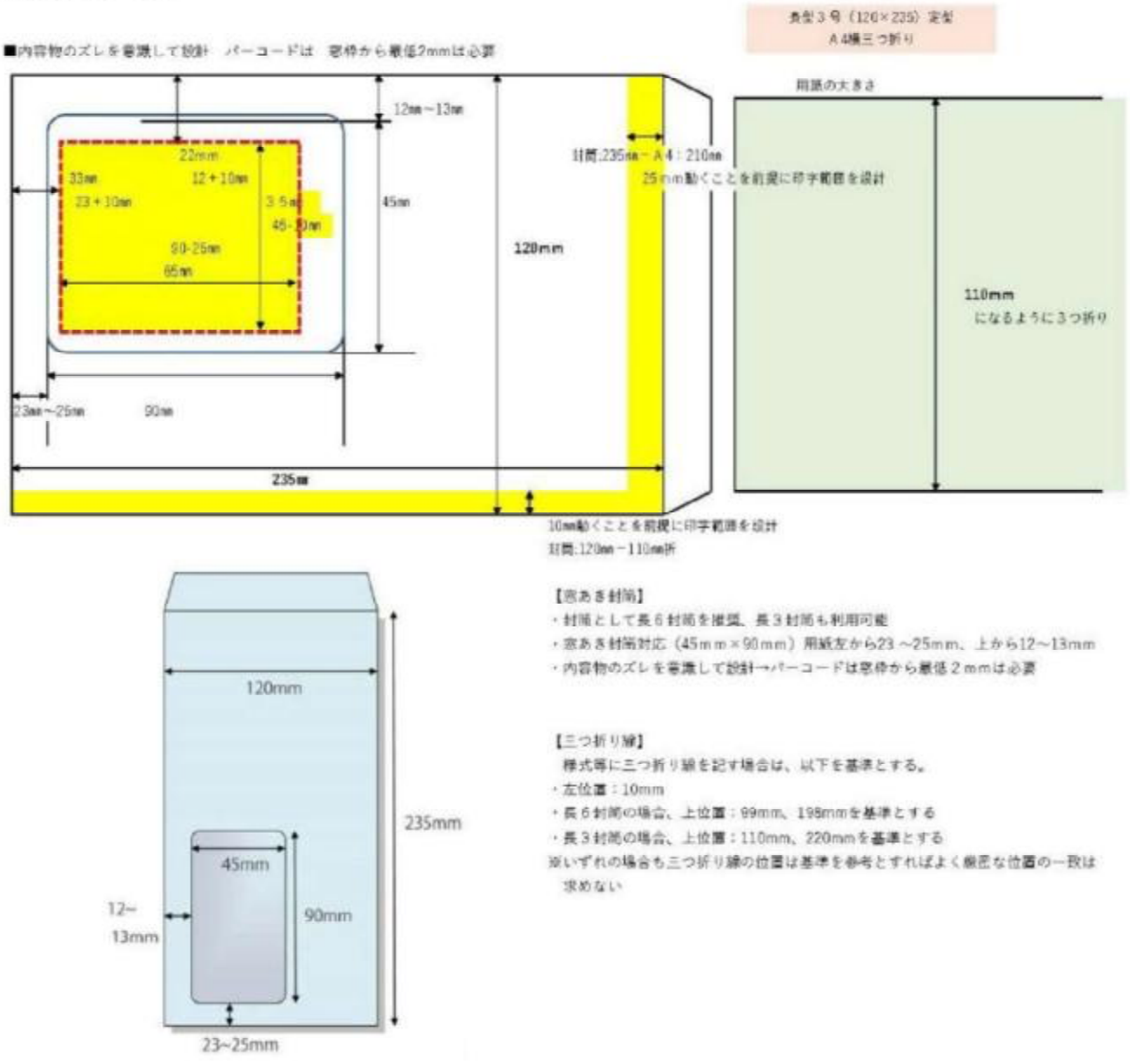
９９９－９９９９
●●県●●市●●１－２－３
あいうえおかきくけこ

■■　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
・内容物のズレを考慮して設計→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

帳票詳細要件（02）

業務	01.障害者福祉共通	帳票ID	0220002
帳票名称	02.窓空き宛名		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	郵便番号		●			
2	住所		●			
3	方書		●			
4	氏名		●			氏名＋全角スペース＋”様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること　例）＋”御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
5	対象者氏名			●		”（”＋氏名＋全角スペース＋”様分）” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
6	カスタマーバーコード		●			
7	番号			●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、１からの連番（一括出力時を想定）、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。

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

―

帳票詳細要件（03）

業務	01.障害者福祉共通	帳票ID	0220003
帳票名称	03.窓空き宛名・問合せ先		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	郵便番号		●			
2	住所		●			
3	方書		●			
4	氏名		●			氏名＋全角スペース＋”様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること　例）＋”御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
5	対象者氏名			●		”（”＋氏名＋全角スペース＋”様分）” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
6	カスタマーバーコード		●			
7	番号			●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、１からの連番（一括出力時を想定）、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。
8	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
9		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
10		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
11		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
12		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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

帳票詳細要件（01）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220004
帳票名称	01.身体障害者手帳交付証明書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		●			
3	発行日		●			和暦表記
4	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
8	氏名		●			
9	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	保護者	氏名	●			
12		本人との続柄	●			
13		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
14	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
15	交付日		●			和暦表記
16	総合等級		●			
17	再交付日		●			和暦表記
18	障害種別		●			
19	返還日		●			和暦表記
20	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
21	自由記載１	障害部位①		●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22		部位等級①		●		
23		部位認定日①		●		
24		再認定年月①		●		
25		障害部位②		●		
26		部位等級②		●		
27		部位認定日②		●		
28		再認定年月②		●		
29		障害部位③		●		
30		部位等級③		●		
31		部位認定日③		●		
32		再認定年月③		●		
33		障害部位④		●		
34		部位等級④		●		
35		部位認定日④		●		
36		再認定年月④		●		
37		障害部位⑤		●		
38		部位等級⑤		●		
39		部位認定日⑤		●		
40		再認定年月⑤		●		
41		障害部位⑥		●		
42		部位等級⑥		●		
43		部位認定日⑥		●		
44		再認定年月⑥		●		
45		障害部位⑦		●		
46		部位等級⑦		●		
47		部位認定日⑦		●		
48		再認定年月⑦		●		
49		障害部位⑧		●		
50		部位等級⑧		●		
51		部位認定日⑧		●		
52		再認定年月⑧		●		
53		障害部位⑨		●		
54		部位等級⑨		●		
55		部位認定日⑨		●		
56		再認定年月⑨		●		
57		障害部位⑩		●		
58		部位等級⑩		●		
59		部位認定日⑩		●		
60		再認定年月⑩		●		
61	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
62	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
63		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
64		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
65		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
66		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第５号関係

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

帳票詳細要件（02）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220005
帳票名称	02.身体障害者手帳交付（再交付）について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13	保護者	氏名	●			
14		本人との続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	お持ちいただくもの （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	備考 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	固定文言５＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
25	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

省令第５条第６号関係

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

固定文言１＋編集１

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。

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

教示文

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）。

（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

帳票詳細要件（03）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220006
帳票名称	03.身体障害者手帳交付（再交付）決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	交付年月日		●			和暦表記
17	総合等級		●			
18	障害種別		●			
19	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
20	備考（固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	固定文言３＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
23	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
24		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
25		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
26		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
27		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
28	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

省令第５条第７号関係

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

帳票詳細要件（04）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220007
帳票名称	04.身体障害者手帳交付申請却下決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	申請日		●			和暦表記
16	申請事由		●			
17	理由		●			判定結果コードが「却下」の場合に判定理由を印字すること
18	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
19	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第８号関係

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

固定文言１

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。

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

帳票詳細要件（05）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220008
帳票名称	05.身体障害者手帳の再認定について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	障害名		●			再認定となっている障害部位を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
17	等級		●			再認定となっている障害部位の等級を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
18	再認定の時期		●			再認定に該当する障害部位に対応した再認定年月を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する 和暦表記
19	再認定を要する理由		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
20	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
23	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
24		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
25		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
26		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
27		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第９号関係

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

帳票詳細要件（06）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220009
帳票名称	06.身体障害者手帳居住地等変更通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216（全国自治体情報を利用した印字）のとおり印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	異動日		●			転入もしくは氏名変更に係る異動日を設定すること　和暦表記
14	（旧）氏名		●			変更前氏名
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	（旧）住所		●			転入前住所　住所＋全角スペース＋方書
17	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
18	交付年月日		●			和暦表記
19	総合等級		●			
20	障害種別		●			
21	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
22	変更後氏名		●			現氏名
23	変更後住所		●			現住所　住所＋全角スペース＋方書
24	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
25	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
26		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
27		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
28		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
29		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第10号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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					
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。

	氏　名	本人との続柄	生年月日
家族状況			

備考	
固定文言1	**固定文言２＋編集１**

自由記載２

帳票詳細要件（07）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220010
帳票名称	07.身体障害者更生指導台帳		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	作成日		●			印刷した日　和暦表記
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
5	障害者本人	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
9		電話番号	●			
10	保護者	氏名	●			
11		本人との続柄	●			
12		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
13	本籍				●	＜実装不可とした理由＞ 平成31年3月29日の事務連絡「身体障害者福祉法施行規則及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行について」にて、交付申請書から本籍地、職業、教育の欄が削除されたことを踏まえ、実装不可とした。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは、印字項目を削除した。（以降の職業も同様。）
14	初回交付年月日		●			和暦表記
15	再交付年月日		●			和暦表記
16	総合等級		●			
17	障害種別		●			
18	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
19	自由記載１	障害部位①		●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
20		部位等級①		●		
21		部位認定日①		●		
22		再認定年月①		●		
23		障害内容①		●		
24		障害部位②		●		
25		部位等級②		●		
26		部位認定日②		●		
27		再認定年月②		●		
28		障害内容②		●		
29		障害部位③		●		
30		部位等級③		●		
31		部位認定日③		●		
32		再認定年月③		●		
33		障害内容③		●		
34		障害部位④		●		
35		部位等級④		●		
36		部位認定日④		●		
37		再認定年月④		●		
38		障害内容④		●		
39		障害部位⑤		●		
40		部位等級⑤		●		
41		部位認定日⑤		●		
42		再認定年月⑤		●		
43		障害内容⑤		●		
44		障害部位⑥		●		
45		部位等級⑥		●		
46		部位認定日⑥		●		
47		再認定年月⑥		●		
48		障害内容⑥		●		
49		障害部位⑦		●		
50		部位等級⑦		●		
51		部位認定日⑦		●		
52		再認定年月⑦		●		
53		障害内容⑦		●		
54		障害部位⑧		●		
55		部位等級⑧		●		
56		部位認定日⑧		●		
57		再認定年月⑧		●		
58		障害内容⑧		●		
59		障害部位⑨		●		
60		部位等級⑨		●		
61		部位認定日⑨		●		
62		再認定年月⑨		●		
63		障害内容⑨		●		
64		障害部位⑩		●		
65		部位等級⑩		●		
66		部位認定日⑩		●		
67		再認定年月⑩		●		
68		障害内容⑩		●		
69	家族状況①	氏名	●			
70		性別			●	＜実装不可とした理由＞ 申請書及び手帳への性別表記が廃止されたことを踏まえ、実装不可とした。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは、印字項目を削除した。（以降の性別も同様。）
71		本人との続柄	●			
72		職業			●	
73		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
74	家族状況②	氏名	●			
75		性別			●	
76		本人との続柄	●			
77		職業			●	
78		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記

帳票詳細要件（07）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220010
帳票名称	07.身体障害者更生指導台帳		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
79	家族状況③	氏名	●			
80		性別			●	
81		本人との続柄	●			
82		職業			●	
83		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
84	家族状況④	氏名	●			
85		性別			●	
86		本人との続柄	●			
87		職業			●	
88		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
89	家族状況⑤	氏名	●			
90		性別			●	
91		本人との続柄	●			
92		職業			●	
93		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
94	家族状況⑥	氏名	●			
95		性別			●	
96		本人との続柄	●			
97		職業			●	
98		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
99	家族状況⑦	氏名	●			
100		性別			●	
101		本人との続柄	●			
102		職業			●	
103		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
104	備考 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
105	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
106	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
107	※家族状況が8人以上の場合は2ページ以降に改ページする					

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	

ケース履歴	年　月　日	サービス名称	指　導　記　録

自由記載１

帳票詳細要件（08）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220011
帳票名称	08.身体障害者更生指導台帳（指導記録）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	ケース履歴①	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記 機能ID：0220285 を実装する場合は、独自事業の内容を印字することとし、以下の項目、履歴も同様とする
7		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
8		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
9	ケース履歴②	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
10		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
11		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
12	ケース履歴③	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
13		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
14		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
15	ケース履歴④	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
16		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
17		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
18	ケース履歴⑤	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
19		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
20		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
21	ケース履歴⑥	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
22		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
23		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
24	ケース履歴⑦	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
25		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
26		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
27	ケース履歴⑧	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
28		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
29		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
30	ケース履歴⑨	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
31		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
32		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
33	ケース履歴⑩	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
34		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
35		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
36	ケース履歴⑪	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
37		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
38		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
39	ケース履歴⑫	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
40		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
41		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
42	ケース履歴⑬	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
43		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
44		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
45	ケース履歴⑭	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
46		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
47		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
48	ケース履歴⑮	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
49		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
50		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
51	ケース履歴⑯	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
52		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
53		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
54	ケース履歴⑰	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
55		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
56		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
57	ケース履歴⑱	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
58		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
59		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
60	ケース履歴⑲	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
61		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
62		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
63	ケース履歴⑳	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
64		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
65		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
66	ページ数		●			
67	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
68	※21履歴以降は2ページ以降に改ページする					

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

帳票詳細要件（09）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220012
帳票名称	09.身体障害者更生指導台帳（更生医療）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	支給履歴①	年月日	●			支給決定日　和暦表記
7		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
8		負担上限月額	●			自己負担上限月額
9		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
10	支給履歴②	年月日	●			支給決定日　和暦表記
11		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
12		負担上限月額	●			自己負担上限月額
13		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
14	支給履歴③	年月日	●			支給決定日　和暦表記
15		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
16		負担上限月額	●			自己負担上限月額
17		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
18	支給履歴④	年月日	●			支給決定日　和暦表記
19		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
20		負担上限月額	●			自己負担上限月額
21		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
22	支給履歴⑤	年月日	●			支給決定日　和暦表記
23		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
24		負担上限月額	●			自己負担上限月額
25		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
26	支給履歴⑥	年月日	●			支給決定日　和暦表記
27		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
28		負担上限月額	●			自己負担上限月額
29		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
30	支給履歴⑦	年月日	●			支給決定日　和暦表記
31		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
32		負担上限月額	●			自己負担上限月額
33		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
34	支給履歴⑧	年月日	●			支給決定日　和暦表記
35		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
36		負担上限月額	●			自己負担上限月額
37		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
38	支給履歴⑨	年月日	●			支給決定日　和暦表記
39		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
40		負担上限月額	●			自己負担上限月額
41		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
42	支給履歴⑩	年月日	●			支給決定日　和暦表記
43		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
44		負担上限月額	●			自己負担上限月額
45		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
46	支給履歴⑪	年月日	●			支給決定日　和暦表記
47		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
48		負担上限月額	●			自己負担上限月額
49		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
50	支給履歴⑫	年月日	●			支給決定日　和暦表記
51		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
52		負担上限月額	●			自己負担上限月額
53		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
54	支給履歴⑬	年月日	●			支給決定日　和暦表記
55		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
56		負担上限月額	●			自己負担上限月額
57		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
58	支給履歴⑭	年月日	●			支給決定日　和暦表記
59		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
60		負担上限月額	●			自己負担上限月額
61		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
62	支給履歴⑮	年月日	●			支給決定日　和暦表記
63		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
64		負担上限月額	●			自己負担上限月額
65		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
66	支給履歴⑯	年月日	●			支給決定日　和暦表記
67		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
68		負担上限月額	●			自己負担上限月額
69		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
70	支給履歴⑰	年月日	●			支給決定日　和暦表記
71		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
72		負担上限月額	●			自己負担上限月額
73		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
74	支給履歴⑱	年月日	●			支給決定日　和暦表記
75		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
76		負担上限月額	●			自己負担上限月額
77		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
78	支給履歴⑲	年月日	●			支給決定日　和暦表記
79		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
80		負担上限月額	●			自己負担上限月額
81		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
82	支給履歴⑳	年月日	●			支給決定日　和暦表記
83		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
84		負担上限月額	●			自己負担上限月額
85		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
86	ページ数		●			
87	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
88	※21履歴以降は2ページ以降に改ページする					

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

帳票詳細要件（10）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220013
帳票名称	10.身体障害者更生指導台帳（育成医療）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	支給履歴①	年月日	●			支給決定日　和暦表記
7		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
8		負担上限月額	●			自己負担上限月額
9		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
10	支給履歴②	年月日	●			支給決定日　和暦表記
11		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
12		負担上限月額	●			自己負担上限月額
13		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
14	支給履歴③	年月日	●			支給決定日　和暦表記
15		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
16		負担上限月額	●			自己負担上限月額
17		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
18	支給履歴④	年月日	●			支給決定日　和暦表記
19		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
20		負担上限月額	●			自己負担上限月額
21		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
22	支給履歴⑤	年月日	●			支給決定日　和暦表記
23		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
24		負担上限月額	●			自己負担上限月額
25		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
26	支給履歴⑥	年月日	●			支給決定日　和暦表記
27		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
28		負担上限月額	●			自己負担上限月額
29		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
30	支給履歴⑦	年月日	●			支給決定日　和暦表記
31		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
32		負担上限月額	●			自己負担上限月額
33		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
34	支給履歴⑧	年月日	●			支給決定日　和暦表記
35		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
36		負担上限月額	●			自己負担上限月額
37		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
38	支給履歴⑨	年月日	●			支給決定日　和暦表記
39		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
40		負担上限月額	●			自己負担上限月額
41		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
42	支給履歴⑩	年月日	●			支給決定日　和暦表記
43		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
44		負担上限月額	●			自己負担上限月額
45		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
46	支給履歴⑪	年月日	●			支給決定日　和暦表記
47		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
48		負担上限月額	●			自己負担上限月額
49		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
50	支給履歴⑫	年月日	●			支給決定日　和暦表記
51		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
52		負担上限月額	●			自己負担上限月額
53		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
54	支給履歴⑬	年月日	●			支給決定日　和暦表記
55		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
56		負担上限月額	●			自己負担上限月額
57		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
58	支給履歴⑭	年月日	●			支給決定日　和暦表記
59		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
60		負担上限月額	●			自己負担上限月額
61		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
62	支給履歴⑮	年月日	●			支給決定日　和暦表記
63		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
64		負担上限月額	●			自己負担上限月額
65		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
66	支給履歴⑯	年月日	●			支給決定日　和暦表記
67		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
68		負担上限月額	●			自己負担上限月額
69		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
70	支給履歴⑰	年月日	●			支給決定日　和暦表記
71		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
72		負担上限月額	●			自己負担上限月額
73		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
74	支給履歴⑱	年月日	●			支給決定日　和暦表記
75		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
76		負担上限月額	●			自己負担上限月額
77		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
78	支給履歴⑲	年月日	●			支給決定日　和暦表記
79		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
80		負担上限月額	●			自己負担上限月額
81		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
82	支給履歴⑳	年月日	●			支給決定日　和暦表記
83		内容	●			医療の具体的方針、有効期間　有効期間は和暦表記
84		負担上限月額	●			自己負担上限月額
85		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
86	ページ数		●			
87	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
88	※21履歴以降は2ページ以降に改ページする					

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

自由記載１

帳票詳細要件（11）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220014
帳票名称	11.身体障害者更生指導台帳（補装具）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の様式番号も設定できること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具のタイトルも設定できること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	支給年月日 ※固定文言		●			機能ID：0220284 を実装する場合は、「給付年月日」とすること
7	購・修・借 ※固定文言		●			機能ID：0220284 を実装する場合は、「給・貸」とすること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の固定文言１も設定できること
9	支給履歴①	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の内容を印字することとし、以下の項目、履歴も同様とする
10		名称	●			補装具名
11		購・修・借	●			交付、修理、借受
12		公費負担額	●			
13		本人負担額	●			
14		取扱業者名	●			業者名
15		編集１		●		印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は印字すること 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の編集１もできること
16	支給履歴②	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
17		名称	●			補装具名
18		購・修・借	●			交付、修理、借受
19		公費負担額	●			
20		本人負担額	●			
21		取扱業者名	●			業者名
22		編集１		●		支給履歴①と同じ
23	支給履歴③	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
24		名称	●			補装具名
25		購・修・借	●			交付、修理、借受
26		公費負担額	●			
27		本人負担額	●			
28		取扱業者名	●			業者名
29		編集１		●		支給履歴①と同じ
30	支給履歴④	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
31		名称	●			補装具名
32		購・修・借	●			交付、修理、借受
33		公費負担額	●			
34		本人負担額	●			
35		取扱業者名	●			業者名
36		編集１		●		支給履歴①と同じ
37	支給履歴⑤	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
38		名称	●			補装具名
39		購・修・借	●			交付、修理、借受
40		公費負担額	●			
41		本人負担額	●			
42		取扱業者名	●			業者名
43		編集１		●		支給履歴①と同じ
44	支給履歴⑥	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
45		名称	●			補装具名
46		購・修・借	●			交付、修理、借受
47		公費負担額	●			
48		本人負担額	●			
49		取扱業者名	●			業者名
50		編集１		●		支給履歴①と同じ
51	支給履歴⑦	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
52		名称	●			補装具名
53		購・修・借	●			交付、修理、借受
54		公費負担額	●			
55		本人負担額	●			
56		取扱業者名	●			業者名
57		編集１		●		支給履歴①と同じ
58	支給履歴⑧	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
59		名称	●			補装具名
60		購・修・借	●			交付、修理、借受
61		公費負担額	●			
62		本人負担額	●			
63		取扱業者名	●			業者名
64		編集１		●		支給履歴①と同じ
65	支給履歴⑨	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
66		名称	●			補装具名
67		購・修・借	●			交付、修理、借受
68		公費負担額	●			
69		本人負担額	●			
70		取扱業者名	●			業者名
71		編集１		●		支給履歴①と同じ
72	支給履歴⑩	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
73		名称	●			補装具名
74		購・修・借	●			交付、修理、借受
75		公費負担額	●			

帳票詳細要件（11）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220014
帳票名称	11.身体障害者更生指導台帳（補装具）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
76		本人負担額	●			
77		取扱業者名	●			業者名
78		編集１		●		支給履歴①と同じ
79	支給履歴⑪	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
80		名称	●			補装具名
81		購・修・借	●			交付、修理、借受
82		公費負担額	●			
83		本人負担額	●			
84		取扱業者名	●			業者名
85		編集１		●		支給履歴①と同じ
86	支給履歴⑫	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
87		名称	●			補装具名
88		購・修・借	●			交付、修理、借受
89		公費負担額	●			
90		本人負担額	●			
91		取扱業者名	●			業者名
92		編集１		●		支給履歴①と同じ
93	支給履歴⑬	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
94		名称	●			補装具名
95		購・修・借	●			交付、修理、借受
96		公費負担額	●			
97		本人負担額	●			
98		取扱業者名	●			業者名
99		編集１		●		支給履歴①と同じ
100	支給履歴⑭	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
101		名称	●			補装具名
102		購・修・借	●			交付、修理、借受
103		公費負担額	●			
104		本人負担額	●			
105		取扱業者名	●			業者名
106		編集１		●		支給履歴①と同じ
107	支給履歴⑮	支給年月日	●			支給決定日　和暦表記
108		名称	●			補装具名
109		購・修・借	●			交付、修理、借受
110		公費負担額	●			
111		本人負担額	●			
112		取扱業者名	●			業者名
113		編集１		●		支給履歴①と同じ
114	ページ数		●			
115	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の自由記載１も設定できること
116	※16履歴以上は2ページ以降に改ページする					

省令第５条第15号関係

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

帳票詳細要件（12）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220015
帳票名称	12.身体障害者更生指導台帳の送付について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216 （全国自治体情報を利用した印字）のとおり印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	通知名（タイトル）		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	市町村		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	カナ氏名		●			
14	氏名		●			
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
17	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
18	異動年月日		●			転出日　和暦表記
19	旧住所		●			転出前住所　住所＋全角スペース＋方書
20	新住所		●			転出先住所　住所＋全角スペース＋方書
21	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
24	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
25		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
26		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
27		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
28		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第16号関係

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

No	受付番号 **固定文言２** 申請年月日	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

帳票詳細要件（13）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220016
帳票名称	13.身体障害者手帳交付申請者一覧（進達）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	進達先		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
10	受付番号 申請年月日 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	備考 （固定文言３）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	1人目	No	●			
13		受付番号	●			
14		申請年月日	●			短縮表記
15		対象者氏名	●			
16		保護者氏名	●			
17		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
18		生年月日	●			短縮表記
19		申請事由	●			
20		編集１	●			印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は印字すること。
21	2人目	No	●			
22		受付番号	●			
23		申請年月日	●			短縮表記
24		対象者氏名	●			
25		保護者氏名	●			
26		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
27		生年月日	●			短縮表記
28		申請事由	●			
29		編集１	●			1人目と同じ
30	・・・					
31	N人目	No	●			
32		受付番号	●			
33		申請年月日	●			短縮表記
34		対象者氏名	●			
35		保護者氏名	●			
36		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
37		生年月日	●			短縮表記
38		申請事由	●			
39		編集１	●			1人目と同じ
40	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
41		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
42		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
43		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
44		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
45	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

（縦11.4cm、横7.5cm×5面）

(印字)様式番号

(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

旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額
(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

帳票詳細要件（14）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220017
帳票名称	14.身体障害者手帳（紙様式）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	交付日		●			和暦表記 打ち出し形式　交付日 ＋ ″　交付″
4	再交付日		●			和暦表記 打ち出し形式　再交付日 ＋ ″　再交付″
5	手帳交付者コードのコード内容		●			手帳交付者コードのコード内容
6	手帳番号		●			第〇〇〇号
7	旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額		●			
8	氏名		●			旧姓併記有無が「有」の場合は、氏名の間に「旧氏」を印字すること 例）氏名が「標準　一郎」、旧氏が「独自」の場合 「標準（独自）　一郎」と印字する
9	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 打ち出し形式　生年月日 ＋ ″　生″
10	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
11	(印字)都道府県（市）名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
13	本人の欄	住所	●			住所＋全角スペース＋方書
14	固定文言１＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	保護者の欄	氏名	●			
16		続柄	●			
17		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
18	障害名		●			「障害名」を印字
19				●		パラメタなどで当印字有を設定でき、有が設定された場合、「障害名」の印字に替えて、以下の内容を印字できること　日付項目は和暦表記 打ち出し形式　障害部位ごとの障害内容 ＋ ″（″ ＋ 障害部位ごとの再認定年月 ＋ ″再認定）″ ※障害部位ごとの障害内容が複数ある場合は、複数印字する ※障害部位ごとの障害内容に繋げるカッコ書きは、障害部位ごとの障害内容に該当する障害部位ごとの再認定年月がある場合に印字する ※印字例）「左上肢機能障害（令和3年4月再認定）」
20				●		パラメタなどで当印字有を設定でき、有が設定された場合、「障害名」に改行＋「原傷病名」の印字も加えること
24	身体障害者等級表による級別		●			「総合等級」を印字すること
21	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22		再認定年月	●			パラメタなどで当印字有を設定でき、有が設定された場合、以下の内容を印字できること　日付項目は和暦表記 打ち出し形式　障害部位ごとの再認定年月 ＋ ″　再認定（″ ＋ 障害部位 ＋ ″）″ ※再認定年月が複数ある場合は、複数印字する ※印字例）　「令和3年4月　再認定（視覚障害）」
23		部位等級	●			パラメタなどで当印字有を設定でき、有が設定された場合、以下の内容を印字できること 打ち出し形式　障害部位 ＋ 全角スペース ＋ 障害部位ごとの等級 ※障害部位が複数ある場合は、複数印字する ※印字例）「視覚障害　１級 肢体不自由上肢　２級」

様式第２

身体障害者手帳交付申請書

写　真
縦４㎝×横３㎝
脱帽・上半身
正面向きに
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

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

（＊）申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

身体障害者本人	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			
希望する手帳の様式	□ 紙様　□ 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）		

固定文言２

（備考）
身体障害のある15歳未満の児童については、保護者又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、保護者欄に必要事項を記入してください。

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

都道府県知事・指定都市・中核市市長　殿

固定文言３

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。

自由記載３

帳票詳細要件（15）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220018
帳票名称	15.身体障害者手帳交付申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
28	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
4	身体障害者本人	カナ氏名	●			
5		氏名	●			
6		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
23		電話番号	●			
9		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
29	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
30	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	保護者	カナ氏名	●			
13		氏名	●			
14		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
15		居住地（郵便番号）	●			
16		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
24		本人との続柄	●			
25		電話番号	●			
18	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
21	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	自由記載３		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式第７

身体障害者手帳再交付申請書

年　　月　　日

写　真
縦４cm×横３cm
脱帽・上半身
正面向きに
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

（申請者）
住所　〒

氏名

本人との続柄　　電話番号

（＊）申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとされる本人の氏名　保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。
（＊）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

身体障害者本人	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			

希望する手帳の様式　□ 紙様　□ カー

自由記載２　（いずれかにチェック（✓）をいれてください）

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			

（＊）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、保護者欄に必要事項を記入してください。

固定文言２

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

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　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３

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　　）

固定文言４

自由記載３

帳票詳細要件（16）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220019
帳票名称	16.身体障害者手帳再交付申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
34	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
4	身体障害者本人	カナ氏名	●			
5		氏名	●			
6		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
29		電話番号	●			
9		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
35	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
36	既存手帳交付内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
37		交付年月日	●			和暦表記
38		等級	●			障害種別＋総合等級を「〇種〇級」と印字すること
39		再交付年月日	●			和暦表記
40		障害名	●			手帳に表示する障害名と同じ
41	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	保護者	カナ氏名	●			
13		氏名	●			
14		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
15		居住地（郵便番号）	●			
16		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
30		本人との続柄	●			
31		電話番号	●			
18	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
20	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
33	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
28	自由記載３		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

帳票詳細要件（17）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220020
帳票名称	17.身体障害者死亡通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	文書番号		●			
5	発行日		●			和暦表記
6	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	福祉事務所・町村		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
9	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
10	カナ氏名		●			
11	氏名		●			
12	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
13	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
14	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
15	交付年月日		●			和暦表記
16	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
17	死亡年月日		●			和暦表記
18	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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

帳票詳細要件（18）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220021
帳票名称	18.身体障害者居住地等変更届書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	手帳所持者（旧）	カナ氏名		●		
7		氏名		●		
8		居住地（郵便番号）		●		
9		居住地（住所）		●		住所＋全角スペース＋方書
10		電話番号		●		
11		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
12	保護者（旧）	カナ氏名		●		
13		氏名		●		
14		居住地（郵便番号）		●		
15		居住地（住所）		●		住所＋全角スペース＋方書
16		生年月日		●		日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		電話番号		●		
18		続柄		●		
19	既存手帳交付内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
20		交付年月日	●			和暦表記
21		等級	●			障害種別＋総合等級を「〇種〇級」と印字すること
22		障害名	●			手帳に表示する障害名と同じ
23	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

帳票詳細要件（19）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220022
帳票名称	19.身体障害者手帳返還届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	手帳所持者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
11	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	返還する手帳の記載内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13		交付年月日	●			和暦表記
14		総合等級	●			
15		障害名	●			手帳に表示する障害名と同じ
16	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

帳票詳細要件（20）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220023
帳票名称	20.身体障害者手帳交付証明書発行願		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	証明書発行対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□提出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
11	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

省令第５条第24号関係

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

固定文言１

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。

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

帳票詳細要件（21）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220024
帳票名称	21.身体障害者手帳の再認定について（再通知）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	障害名		●			再認定となっている障害部位を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
17	等級		●			再認定となっている障害部位の等級を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
18	再認定の時期		●			再認定に該当する障害部位に対応した再認定年月を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する 和暦表記
19	再認定を要する理由		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
20	期限		●			管理項目「督促期限」を印字する　和暦表記
21	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
24	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
25		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
26		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
27		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
28		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第25号関係

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

一

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

帳票詳細要件（22）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220025
帳票名称	22.身体障害者手帳返還命令書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	交付年月日		●			和暦表記
17	総合等級		●			
18	障害名		●			
19	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
21	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
22		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
23		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
24		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
25		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第26号関係

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

帳票詳細要件（23）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220026
帳票名称	23.身体障害者手帳の再認定について（通知）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	障害名		●			再認定となっている障害部位を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
17	等級		●			再認定となっている障害部位の等級を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
18	再認定の時期		●			再認定に該当する障害部位に対応した再認定年月を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する 和暦表記
19	再認定を要する理由		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
20	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
23	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
24		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
25		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
26		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
27		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第27号関係

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」に記名の上、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

帳票詳細要件（24）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220027
帳票名称	24.身体障害者手帳交付（再交付）について（郵送）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13	保護者	氏名	●			
14		本人との続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	返送していただくもの （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	返送先 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	固定文言５＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	受領書 （自由記載１）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
21	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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）

固定文言２

◎ 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。

自由記載１

帳票詳細要件（25）

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220256
帳票名称	25.身体障害者手帳取下届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		電話番号	●			
11	保護者	カナ氏名	●			
12		氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		居住地（郵便番号）	●			
15		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
16		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		電話番号	●			
18	既存手帳交付内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
19		交付年月日	●			和暦表記
20		等級	●			障害種別＋総合等級を「〇種〇級」と印字すること
21		障害名	●			手帳に表示する障害名と同じ
22	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
23	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

固定文言１

下記の者は、療育手帳の交付者であること（あったこと）を証明します。

記

手帳番号				交 付 日	
障害の程度（総合判定）		障害種別		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

帳票詳細要件（01）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220028
帳票名称	01.療育手帳交付証明書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		●			
3	発行日		●			和暦表記
4	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
8	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
9	交付日		●			和暦表記
10	障害の程度(総合判定)		●			
11	障害種別		●			
12	再交付日		●			和暦表記
13	次の判定年月		●			和暦表記
14	返還日		●			和暦表記
15	氏名		●			
16	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
18	保護者	氏名	●			
19		本人との続柄	●			
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
21	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
24	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
25		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
26		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
27		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
28		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第30号関係

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

帳票詳細要件（02）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220029
帳票名称	02.療育手帳交付（再交付）について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13	保護者	氏名	●			
14		本人との続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	お持ちいただくもの （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	備考 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	固定文言５＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
25	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

省令第５条第31号関係

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）		障害種別	次の判定年月	
固定文言２ 備　　考	**固定文言３＋編集２**			

教　　示

教示文

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）。

（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

帳票詳細要件（03）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220030
帳票名称	03.療育手帳交付（再交付）決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	交付年月日		●			和暦表記
17	障害の程度(総合判定)		●			
28	障害種別		●			
18	次の判定年月		●			和暦表記
19	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	固定文言３＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
21	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
27	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

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

帳票詳細要件（04）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220031
帳票名称	04.療育手帳交付申請却下決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	申請日		●			和暦表記
16	申請事由		●			
17	理由		●			判定結果コードが「却下」の場合に判定理由を印字すること
18	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
19	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第33号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

療育手帳再判定のお知らせ

都道府県知事・指定都市・中核市市長　印

固定文言１

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。

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

帳票詳細要件（05）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220032
帳票名称	05.療育手帳再判定のお知らせ		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	次の判定年月		●			和暦表記
16	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
17	申請に必要なもの（固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	固定文言３		●			再判定年月時点の年齢（18歳未満か以上か）や判定機関別等の区分を設定でき、区分に応じて以下を行えること 〇文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	備考（固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	固定文言５＋編集１		●			再判定年月時点の年齢（18歳未満か以上か）や判定機関別等の区分を設定でき、区分に応じて以下を行えること 〇文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
21	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第34号関係

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

固定文言１

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。

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

帳票詳細要件（06）

業務	03.療育手帳	帳票ID	220033
帳票名称	06.知的障害者居住地変更通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216（全国自治体情報を利用した印字）のとおり印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	異動日		●			転入もしくは氏名変更に係る異動日を設定すること
14	氏名		●			
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
17	障害の程度(総合判定)		●			
18	保護者	氏名	●			
19		本人との続柄	●			
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
21	旧住所		●			転入前住所　住所＋全角スペース＋方書
22	新住所		●			現住所　住所＋全角スペース＋方書
23	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
24	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
25	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
26	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
27		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
28		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
29		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
30		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第35号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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

帳票詳細要件（07）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220034
帳票名称	07.知的障害者更生指導台帳		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	作成日		●			印刷した日　和暦表記
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
5	障害者本人	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
9		電話番号	●			
10	保護者	氏名	●			
11		本人との続柄	●			
12		住所	●			
13	初回交付年月日		●			和暦表記
14	再交付年月日		●			和暦表記
15	次の判定年月		●			和暦表記
16	障害の程度(総合判定)	例「Ａ１」	●			
17	判定日		●			和暦表記
18	判定機関		●			
19	家族状況①	氏名	●			
20		性別			●	＜実装不可とした理由＞ 申請書及び手帳への性別表記が廃止されたことを踏まえ、実装不可とした。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは、印字項目を削除した。（以降の性別も同様。）
21		本人との続柄	●			
22		職業			●	＜実装不可とした理由＞ 平成31年3月29日の事務連絡「身体障害者福祉法施行規則及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行について」にて、交付申請書から本籍地、職業、教育の欄が削除されたことを踏まえ、実装不可とした。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは、印字項目を削除した。（以降の職業も同様。）
23		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
24	家族状況②	氏名	●			
25		性別			●	
26		本人との続柄	●			
27		職業			●	
28		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
29	家族状況③	氏名	●			
30		性別			●	
31		本人との続柄	●			
32		職業			●	
33		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
34	家族状況④	氏名	●			
35		性別			●	
36		本人との続柄	●			
37		職業			●	
38		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
39	家族状況⑤	氏名	●			
40		性別			●	
41		本人との続柄	●			
42		職業			●	
43		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
44	家族状況⑥	氏名	●			
45		性別			●	
46		本人との続柄	●			
47		職業			●	
48		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
49	家族状況⑦	氏名	●			
50		性別			●	
51		本人との続柄	●			
52		職業			●	
53		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
54	備考 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
55	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
56	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
57	※家族状況が8人以上の場合は2ページ以降に改ページする					

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	

ケース履歴

年　月　日	サービス名称	指　導　記　録

自由記載１

帳票詳細要件（08）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220035
帳票名称	08.知的障害者更生指導台帳（指導記録）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	ケース履歴①	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記 機能ID：0220356 を実装する場合は、独自事業の内容を印字することとし、以下の項目、履歴も同様とする
7		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
8		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
9	ケース履歴②	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
10		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
11		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
12	ケース履歴③	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
13		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
14		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
15	ケース履歴④	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
16		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
17		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
18	ケース履歴⑤	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
19		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
20		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
21	ケース履歴⑥	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
22		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
23		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
24	ケース履歴⑦	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
25		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
26		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
27	ケース履歴⑧	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
28		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
29		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
30	ケース履歴⑨	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
31		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
32		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
33	ケース履歴⑩	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
34		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
35		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
36	ケース履歴⑪	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
37		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
38		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
39	ケース履歴⑫	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
40		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
41		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
42	ケース履歴⑬	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
43		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
44		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
45	ケース履歴⑭	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
46		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
47		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
48	ケース履歴⑮	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
49		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
50		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
51	ケース履歴⑯	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
52		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
53		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
54	ケース履歴⑰	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
55		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
56		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
57	ケース履歴⑱	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
58		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
59		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
60	ケース履歴⑲	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
61		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
62		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
63	ケース履歴⑳	年月日	●			各サービスの給付年月日　和暦表記
64		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
65		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など　有効期間などの日付項目は和暦表記
66	ページ数		●			
67	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
68	※21履歴以降は2ページ以降に改ページする					

省令第５条第37号関係

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

帳票詳細要件（09）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220036
帳票名称	09.知的障害者更生指導台帳の送付について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216 （全国自治体情報を利用した印字）のとおり印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	通知名（タイトル）		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	市町村		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	カナ氏名		●			
14	氏名		●			
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
17	障害の程度(総合判定)		●			手帳に表示する程度と同じ
18	異動年月日		●			転出日　和暦表記
19	旧住所		●			転出前住所　住所＋全角スペース＋方書
20	新住所		●			転出先住所　住所＋全角スペース＋方書
21	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
24	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
25		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
26		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
27		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
28		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第38号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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

No	受付番号 **固定文言２** 申請年月日	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

帳票詳細要件（10）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220037
帳票名称	10.療育手帳交付申請者一覧（進達）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	進達先		●			判定機関コードに応じた内容を印字すること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
10	受付番号 申請年月日 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	備考 （固定文言３）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	1人目	No	●			通し番号
13		受付番号	●			
14		申請年月日	●			短縮表記
15		対象者氏名	●			
16		保護者氏名	●			
17		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
18		生年月日	●			短縮表記
19		申請事由	●			
20		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	2人目	No	●			通し番号
22		受付番号	●			
23		申請年月日	●			短縮表記
24		対象者氏名	●			
25		保護者氏名	●			
26		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
27		生年月日	●			短縮表記
28		申請事由	●			
29		編集１	●			1人目と同じ
30	・・・					
31	N人目	No	●			通し番号
32		受付番号	●			
33		申請年月日	●			短縮表記
34		対象者氏名	●			
35		保護者氏名	●			
36		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
37		生年月日	●			短縮表記
38		申請事由	●			
39		編集１	●			1人目と同じ
40	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
41		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
42		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
43		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
44		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
45	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

（Ｂ７とする　縦9.1cm、横12.8cm×４面）

(印字)様式番号

(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″

旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額　(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)等各等級　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）　－

帳票詳細要件（11）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220038
帳票名称	11.療育手帳（紙様式）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
4	交付日		●			和暦表記 打ち出し形式　交付日 ＋ ″　交付″
5	再交付日		●			和暦表記 打ち出し形式　再交付日 ＋ ″　再交付″
6	氏名		●			旧姓併記有無が「有」の場合は、氏名の間に「旧氏」を印字すること 例）氏名が「標準　一郎」、旧氏が「独自」の場合 　　「標準（独自）　一郎」と印字する
7	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 打ち出し形式　生年月日 ＋ ″　生″
8	旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額		●			
9	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
10	(印字)都道府県（市）名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	本人	住所	●			住所＋全角スペース＋方書
13		電話番号	●			
14		固定文言１＋編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	保護者	氏名	●			
16		続柄	●			
17		電話番号	●			
18		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
19	判定の記録	障害の程度（総合判定）	●			
20		合併障害：障害名	●			身体障害者手帳に表示する障害名を印字。ただし、身体障害者手帳を所持していない場合は、「なし」を印字。
21		合併障害：総合等級	●			身体障害者手帳に表示する総合等級を印字
22		判定年月日	●			和暦表記
23		次の判定年月	●			和暦表記　再判定年月が空白の場合のアスタリスク印字有無をパラメタ設定でき、設定が「有」かつ再判定年月が空白の場合はアスタリスクを印字すること
24		判定機関	●			
25	予備欄 （自由記載２）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

［別添様式］

療育手帳交付申請書

写　真
縦４cm×横３cm
脱帽・上半身
正面向きに
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、次により申請いたします。

申請事由		固定文言２ 新規交付 ・都道府県又は指定都市の住所変更による交付			
知的障害者本人	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	〒　□申請者に同じ	続　柄		
			電話番号		

固定文言３

参考事項

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	自由記載２	判定年月日	
				次の判定年月	
			（身体障害　　級）	判定機関	

希望する手帳の様式	自由記載３ □ 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）

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フリガナを付してください。
3. ※印の欄は記入しないでください。

固定文言４

自由記載４

帳票詳細要件（12）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220039
帳票名称	12.療育手帳交付申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
5	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	知的障害者本人	カナ氏名	●			
8		氏名	●			
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		住所（郵便番号）	●			
11		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
12		電話番号	●			
13		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
14	保護者	カナ氏名	●			
15		氏名	●			
16		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		住所（郵便番号）	●			
18		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
19		続柄	●			
20		電話番号	●			
21	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	自由記載２ ※判定の記録欄		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
23	自由記載３ ※希望する手帳の様式欄		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
24	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
25	自由記載４		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

療育手帳再交付・再判定申請書

写　真
縦４cm×横３cm
脱帽・上半身
半年以内に
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　固定文言２　・その他（　　））　2. 再判定			
知的障害者本人	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	〒　□申請者に同じ	電話番号	
	個人番号			
保護者	フリガナ 氏　名		生年月日	年　月　日
	住　所	〒　□申請者に同じ	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　自由記載２（いずれかにチェック（✓）をいれてください）			

再判定時の記載事項

前回の判定年月日		前回の判定機関	

参考事項

固定文言３

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	判定年月日	
		自由記載３	次の判定年月	
		（身体障害　　級）	判定機関	

注意事項　固定文言４
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. ※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。

自由記載４

帳票詳細要件（13）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220040
帳票名称	13.療育手帳再交付・再判定申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
5	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	知的障害者本人	カナ氏名	●			
8		氏名	●			
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		住所（郵便番号）	●			
11		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
12		電話番号	●			
13		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
14	保護者	カナ氏名	●			
15		氏名	●			
16		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		住所（郵便番号）	●			
18		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
19		続柄	●			
20		電話番号	●			
21	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
22	交付年月日		●			和暦表記
23	障害の程度(総合判定)		●			
24	自由記載２ ※希望する手帳の様式欄		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
25	前回の判定年月日			●		和暦表記
26	前回の判定機関			●		
27	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
28	自由記載３ ※再判定時の判定の記録欄		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
29	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
30	自由記載４		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

帳票詳細要件（14）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220041
帳票名称	14.療育手帳記載事項変更届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	手帳所持者（旧）	カナ氏名		●		
7		氏名		●		
8		住所（郵便番号）		●		
9		住所（住所）		●		住所＋全角スペース＋方書
10		電話番号		●		
11		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
12	保護者（旧）	カナ氏名		●		
13		氏名		●		
14		住所（郵便番号）		●		
15		住所（住所）		●		住所＋全角スペース＋方書
16		生年月日		●		日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		電話番号		●		
18		続柄		●		
19	既存手帳交付内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
20		交付年月日	●			和暦表記
21		障害の程度(総合判定)	●			
22	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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		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（　　） **固定文言２**											
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

帳票詳細要件（15）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220042
帳票名称	15.療育手帳返還届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	手帳所持者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所（郵便番号）	●			
9		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
10		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
11	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	返還する手帳の記載内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13		交付年月日	●			和暦表記
14		障害の程度(総合判定)	●			
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

帳票詳細要件（16）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220043
帳票名称	16.療育手帳判定資料提供申出書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	児童相談所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	知的障害者更生相談所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	証明書発行対象者	カナ氏名	●			
7		氏名	●			
8		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		新住所（郵便番号）	●			
10		新住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書
11	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

帳票詳細要件（17）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220044
帳票名称	17.療育手帳交付証明書発行願		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	証明書発行対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		住所（郵便番号）	●			
8		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□提出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
11	障害の程度(総合判定)		●			
12	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

省令第５条第46号関係

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」に記名の上、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

帳票詳細要件（18）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220045
帳票名称	18.療育手帳交付（再交付）について（郵送）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			
13	保護者	氏名	●			
14		本人との続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	返送していただくもの （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	返送先 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	固定文言５＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	受領書 （自由記載１）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
21	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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　　xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（19）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220046
帳票名称	19.知的障害者死亡通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	カナ氏名		●			
10	氏名		●			
11	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
12	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
13	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
14	交付年月日		●			和暦表記
15	障害の程度(総合判定)		●			
16	死亡年月日		●			和暦表記
17	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
19		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
20		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
21		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
22		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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

帳票詳細要件（20）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220257
帳票名称	20.療育手帳取下届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		住所（郵便番号）	●			
8		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		電話番号	●			
11	保護者	カナ氏名	●			
12		氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所（郵便番号）	●			
15		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
16		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		電話番号	●			
18	既交付手帳の記載内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
19		交付年月日	●			和暦表記
20		障害の程度(総合判定)	●			障害種別＋総合等級を「〇種〇級」と印字すること
21	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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		旅客運賃 減　　額		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

帳票詳細要件（01）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220047
帳票名称	01.障害者手帳交付証明書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		●			
3	発行日		●			和暦表記
4	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
8	手帳番号		●			
9	交付日		●			和暦表記
10	障害等級		●			
25	旅客運賃減額		●			
11	再交付日		●			和暦表記
12	有効期限		●			和暦表記
13	返還日		●			和暦表記
14	氏名		●			
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
17	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第50号関係

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

帳票詳細要件（02）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220048
帳票名称	02.障害者手帳交付（再交付）について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			
13	お持ちいただくもの （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	備考 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	固定文言５＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
22	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

省令第５条第51号関係

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		旅客運賃 減　　額		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

帳票詳細要件（03）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220049
帳票名称	03.障害者手帳交付決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			
13	交付日		●			和暦表記
14	障害等級		●			
25	旅客運賃減額		●			
15	有効期限		●			和暦表記
16	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
24	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

別紙様式３

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

帳票詳細要件（04）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220050
帳票名称	04.障害者手帳通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	申請日		●			和暦表記
13	申請事由		●			
14	理由		●			判定結果コードが「却下」の場合に判定理由を印字すること
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
16	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第53号関係

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、更新の手続きをしてください。

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

帳票詳細要件（05）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220051
帳票名称	05.障害者手帳更新のお知らせ		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	有効期限		●			和暦表記
13	手帳番号		●			
14	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
15	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
16	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

省令第５条第54号関係
適合基準日：令和８年４月１日

障害者手帳交付申請者一覧（進達）

年　月　日

市町村名

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	

帳票詳細要件（06）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220052
帳票名称	06.障害者手帳交付申請者一覧（進達）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	発行日		●			和暦表記
4	市町村名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
6	備考 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	進達先利用 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
8	1人目	No	●			通し番号
9		申請年月日	●			短縮表記
10		精神障害者（児）氏名	●			
11		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
12		生年月日	●			短縮表記
13		申請事由	●			
14		手帳番号	●			
15		自立支援医療の[申請事由]	●			自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
16		自立支援医療の[受給者番号]	●			自立支援医療（精神通院医療）の受給者番号を印字する
17		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	2人目	No	●			通し番号
19		申請年月日	●			短縮表記
20		精神障害者（児）氏名	●			
21		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
22		生年月日	●			短縮表記
23		申請事由	●			
24		手帳番号	●			
25		自立支援医療の[申請事由]	●			自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
26		自立支援医療の[受給者番号]	●			自立支援医療（精神通院医療）の受給者番号を印字する
27		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
28	・・・					
29	N人目	No	●			通し番号
30		申請年月日	●			短縮表記
31		精神障害者（児）氏名	●			
32		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
33		生年月日	●			短縮表記
34		申請事由	●			
35		手帳番号	●			
36		自立支援医療の[申請事由]	●			自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
37		自立支援医療の[受給者番号]	●			自立支援医療（精神通院医療）の受給者番号を印字する
38		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
39	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

省令第５条第55号関係

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

帳票詳細要件（07）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220053
帳票名称	07.進達伺書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	進達先		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	1番目の申請事由	申請事由	●			コード管理されている申請事由の1番目を設定すること
10		件数	●			
11		件数　診断書	●			添付書類に診断書がある件数
12		件数　年金証書	●			添付書類に年金証書がある件数
13		自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数	●			
14	2番目の申請事由	申請事由	●			コード管理されている申請事由の2番目を設定すること
15		件数	●			
16		件数　診断書	●			添付書類に診断書がある件数
17		件数　年金証書	●			添付書類に年金証書がある件数
18		自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数	●			
19	・・・					
20	10番目の申請事由	申請事由	●			コード管理されている申請事由の10番目を設定すること
21		件数	●			
22		件数　診断書	●			添付書類に診断書がある件数
23		件数　年金証書	●			添付書類に年金証書がある件数
24		自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数	●			
25	合計（件数）		●			1番目～10番目の件数の合計
26	合計（件数　診断書）		●			1番目～10番目の診断書件数の合計
27	合計（件数　年金証書）		●			1番目～10番目の年金証書件数の合計
28	合計（自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数）		●			1番目～10番目の自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数の合計
29	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
30		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
31		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
32		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
33		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

（縦９cm、横６cm×４面）

（印字）別紙様式

（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

旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額　（印字）旅客運賃割引コード

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。

帳票詳細要件（08）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220054
帳票名称	08.障害者手帳（紙様式）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
4	氏名		●			旧姓併記有無が「有」の場合は、氏名の間に「旧氏」を印字すること 例）氏名が「標準　一郎」、旧氏が「独自」の場合 「標準（独自）　一郎」と印字する
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
7	障害等級		●			
8	手帳番号		●			
15	旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額		●			
9	交付日		●			和暦表記
10	有効期限		●			和暦表記
11	(印字)都道府県（指定都市）名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること ※一般市町村での再交付に対応できるよう都道府県名も設定できること
12	公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること ※一般市町村での再交付に対応できるよう都道府県名も設定できること
13	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
14	備考 （自由記載３）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

（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
１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（〇印）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　］
（申請項目を〇で囲んでください）
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〇で囲んでください。）

固定文言１

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			
添付書類（〇印）	□ 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	

固定文言２

※以下は、精神障害者本人が18歳未満の場合記入

家族等の連絡先	フリガナ		本人との続柄	
	氏　名			
	住　所	〒　□精神障害者本人に同じ	電話番号	
申請書を提出した者	□精神障害者本人　□上記の家族等　※左記以外の場合は以下に記入			
	氏名		本人との関係	
	住所	〒　□精神障害者本人に同じ □上記の家族等に同じ	電話番号	

（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、障害等級の確認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

帳票詳細要件（09）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220055
帳票名称	09.障害者手帳交付申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
6	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	精神障害者本人	カナ氏名	●			
8		氏名	●			
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		住所（郵便番号）	●			
11		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書
12		電話番号	●			
13		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
25	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
26	既存の手帳	有効期限	●			和暦表記
27		手帳番号	●			
14	家族等の連絡先	カナ氏名	●			家族の連絡先は管理項目の保護者の情報を印字する
15		氏名	●			
16		本人との続柄	●			
17		住所（郵便番号）	●			
18		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
19		電話番号	●			
23	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
24	自由記載３		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

（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
６か月以内に
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

固定文言１

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２

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

（変更内容）

旧	住所	
	氏名	
新		

固定文言３

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

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	□精神障害者本人　※精神障害者本人以外の場合は以下に記入			
	氏　名		本人との関係	
	住　所	〒　□精神障害者本人に同じ	電話番号	

固定文言４

（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。

自由記載３

帳票詳細要件（10）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220056
帳票名称	10.障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
6	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
8	（変更内容）旧	住所	●			
9		氏名	●			
10	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	精神障害者本人	カナ氏名	●			
12		氏名	●			
13		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
14		住所（郵便番号）	●			
15		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書
16		電話番号	●			
17		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
18	現行の手帳番号		●			
19	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	自由記載３		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

帳票詳細要件（11）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220057
帳票名称	11.障害者手帳返還届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	手帳所持者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所（郵便番号）	●			
9		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
10		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
11	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	返還する手帳の記載内容	手帳番号	●			
13		交付年月日	●			和暦表記
14		障害等級	●			
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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○で囲んでください。

固定文言３

１．日本年金機構（障害年金／特別障害給付金）　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

帳票詳細要件（12）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220058
帳票名称	12.障害者手帳障害年金等に係る同意書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所（郵便番号）	●			
9		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□同意者に同じ」は削除すること
10	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

帳票詳細要件（13）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220059
帳票名称	13.障害者手帳交付証明書発行願		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	証明書発行対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		住所（郵便番号）	●			
8		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□提出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		手帳番号	●			
11	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

省令第５条第62号関係

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」に記名の上、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　xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（14）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220060
帳票名称	14.障害者手帳交付（再交付）について（郵送）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			
13	返送していただくもの （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	返送先 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	固定文言５＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
17	受領書 （自由記載１）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
18	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第63号関係

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

帳票詳細要件（15）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220061
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県知事又は市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	障害者手帳有効期限		●			和暦表記
13	障害者手帳番号		●			
14	自立支援医療（精神通院）有効期間		●			和暦表記　「〇〇から〇〇」の形式で印字すること
15	自立支援医療（精神通院）受給者番号		●			
16	備考（固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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

帳票詳細要件（20）

業務	04.精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220259
帳票名称	16.障害者手帳取下届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		住所（郵便番号）	●			
8		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		電話番号	●			
11	保護者	カナ氏名	●			
12		氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所（郵便番号）	●			
15		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
16		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		電話番号	●			
18	既交付手帳の記載内容	手帳番号	●			
19		交付年月日	●			和暦表記
20		障害等級	●			
21	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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。

帳票詳細要件（01）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220062
帳票名称	01.認定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	受給者氏名		●			
9	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
10	支給手当月額		●			
11	支給開始年月		●			和暦表記 “から”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
12	振込先又は支払場所	銀行名	●			
13		支店名	●			
14		口座種別	●			
15		口座番号・記号番号	●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号〇〇〇〇〇〇　番号〇〇〇〇〇〇〇〇のように印字すること
16		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
17	備考 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目1：「有期認定有無」、印字有無：「有」、前付加文言：「有期認定有無：」、後付加文言：(空白) 印字すべき管理項目2：「有期認定年月」、印字有無：「有」、前付加文言：「有期認定年月：」、後付加文言：(空白)　となっている場合は、次のとおり印字する。 有期認定有無：有 有期認定年月：令和4年10月
18	申請日		●			和暦表記
19	手当名		●			「特別障害者手当」もしくは「障害児福祉手当」
20	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
21	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
27	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

省令第５条第66号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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

帳票詳細要件（02）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220063
帳票名称	02.認定請求却下通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	申請日		●			和暦表記
9	手当名		●			「特別障害者手当」もしくは「障害児福祉手当」
10	氏名		●			
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	却下した理由		●			判定結果コードが「却下」の場合に判定理由を印字すること
13	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
14	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
15	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
16		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
17		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
18		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
19		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第67号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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

固定文言１

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。

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		

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

帳票詳細要件（03）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220064
帳票名称	03.再認定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給手当月額		●			
12	支給開始年月		●			和暦表記 "から"の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
13	振込先又は支払場所	銀行名	●			
14		支店名	●			
15		口座種別	●			
16		口座番号・記号番号	●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号〇〇〇〇〇〇　番号〇〇〇〇〇〇〇〇のように印字すること
17		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
18	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目1：「有期認定有無」、印字有無：「有」、前付加文言：「有期認定有無：」、後付加文言：(空白) 印字すべき管理項目2：「有期認定年月」、印字有無：「有」、前付加文言：「有期認定年月：」、後付加文言：(空白)　となっている場合は、次のとおり印字する。 有期認定有無：有 有期認定年月：令和4年10月
20	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
22		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
23		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
24		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
25		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第68号関係

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

帳票詳細要件（04）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220065
帳票名称	04.支給開始決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	申請日		●			和暦表記
9	手当名		●			
10	支給開始年月－1か月		●			和暦表記
11	受給者氏名		●			
12	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
13	支給手当月額		●			
14	支給開始年月		●			和暦表記 〝から〟の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
15	振込先又は支払場所	銀行名	●			
16		支店名	●			
17		口座種別	●			
18		口座番号・記号番号	●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号〇〇〇〇〇〇　番号〇〇〇〇〇〇〇〇のように印字すること
19		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
20	備考 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
21	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目1：「有期認定有無」、印字有無：「有」、前付加文言：「有期認定有無：」、後付加文言：(空白) 印字すべき管理項目2：「有期認定年月」、印字有無：「有」、前付加文言：「有期認定年月：」、後付加文言：(空白)　となっている場合は、次のとおり印字する。 有期認定有無：有 有期認定年月：令和4年10月
22	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
23	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
24		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
25		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
26		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
27		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第69号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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

帳票詳細要件（05）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220066
帳票名称	05.支給停止通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給停止の理由		●			
12	支給停止の期間		●			和暦表記 ”から”、”まで”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
13	備考 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）　。 　認定番号：1234567890
14	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
15	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第70号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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

帳票詳細要件（06）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220067
帳票名称	06.支給停止解除通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給停止解除の理由		●			
12	支給停止解除の期間		●			和暦表記 ”から”、”まで”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
13	備考 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目1：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：空白 　認定番号：123456
14	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
15	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
17		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
18		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
19		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
20		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第71号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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

帳票詳細要件（07）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220068
帳票名称	07.一時差止通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	一時差止の理由		●			
12	一時差止開始年月		●			和暦表記 〝から〟の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
13	備考 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）　。 　認定番号：123456
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第72号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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

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。

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

帳票詳細要件（08）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220069
帳票名称	08.一時差止解除通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	一時差止解除の理由		●			
12	一時差止解除年月		●			和暦表記
13	備考 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）　。 　認定番号：123456
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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

帳票詳細要件（09）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220070
帳票名称	09.資格喪失通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	受給資格がなくなった理由		●			
12	受給資格がなくなった日		●			和暦表記
13	備考 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白) 。 認定番号：123456
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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

帳票詳細要件（10）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220071
帳票名称	10.診断書の提出について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	診断書の提出期限		●			和暦表記 有期認定年月の末日を印字
9	提出先		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	診断書の提出期限の翌月		●			和暦表記
11	受給者氏名		●			
12	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
13	固定文言１＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	備考 （固定文言３）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
16	固定文言４＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）　。 　認定番号：123456
17	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
18	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
19		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
20		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
21		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
22		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第75号関係
適合基準日：令和８年４月１日
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。
固定文言１＋編集１
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。

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

帳票詳細要件（11）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220072
帳票名称	11.所得状況届の提出に関するご案内		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	固定文言２＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	備考 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言５＋編集３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白) 。 　認定番号：123456
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
17		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
18		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
19		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
20		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

手　当　名所得状況関係連名簿

年　月　日
○/○ ページ

○○年度

認定番号	氏　　名 住　　所	所得確定	前年支給状況 転入日	所　得　額	控　除	扶養人数	本人該当	備　考
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	㋐老人	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	㋒16-19	ひとり	
					特　定	障　害	勤　学	
					保険料	特障害		
				総　所　得　額	雑　損	⑧扶養	障　害	
				繰 越 損 失 額	医療費	㋐老人	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	㋒16-19	ひとり	
					特　定	障　害	勤　学	
					保険料	特障害		
				総　所　得　額	雑　損	⑧扶養	障　害	
				繰 越 損 失 額	医療費	㋐老人	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	㋒16-19	ひとり	
					特　定	障　害	勤　学	
					保険料	特障害		
				総　所　得　額	雑　損	⑧扶養	障　害	
				繰 越 損 失 額	医療費	㋐老人	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	㋒16-19	ひとり	
					特　定	障　害	勤　学	
					保険料	特障害		
				総　所　得　額	雑　損	⑧扶養	障　害	
				繰 越 損 失 額	医療費	㋐老人	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	㋒16-19	ひとり	
					特　定	障　害	勤　学	
					保険料	特障害		

帳票詳細要件（12）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220073
帳票名称	12.所得状況関係連名簿		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	年度		●			和暦表記
4	印刷日		●			和暦表記
5	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
6	1人目　認定番号		●			
7	1人目　世帯通番		●			
8	1人目　世帯員	氏名	●			
9		住所	●			
10		続柄	●			
11		生年月日	●			短縮表記
12		所得確定	●			所得確定区分コードの名称を印字する
13		年齢	●			
14		前年支給状況	●			
15		転入日	●			短縮表記
16		資格喪失日	●			短縮表記
17	1人目　所得額	総所得額	●			
18		繰越損失額	●			
19		その他所得額	●			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、商品先物取引に係る雑所得等
20		控除後所得額	●			
21	1人目　控除	雑損	●			雑損控除
22		医療費	●			医療費控除
23		掛金	●			小規模企業共済等掛金控除
24		配偶者	●			配偶者特別控除
70		特定	●			特定親族特別控除
25		保険料	●			社会保険料控除
26	1人目　扶養人数	⑧扶養	●			同一生計配偶者及び扶養親族の合計数
27		ア老人	●			70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数
28		イ特定	●			特定扶養親族の数
71		ウ16-19	●			16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数
29		障害	●			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
30		特障害	●			特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数
31	1人目　本人該当	障害	●			障害者（特別障害者を除く）の場合、「該当」を印字する
32		特障害	●			特別障害者の場合、「該当」を印字する
33		寡婦	●			寡婦の場合、「該当」を印字する
34		ひとり	●			ひとり親の場合、「該当」を印字する
35		勤学	●			勤労学生の場合、「該当」を印字する
36	1人目　備考 （編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目：「住民区分」、印字有無：「有」、前付加文言：「認住民区分：」、後付加文言：（空白）　。 　住民区分：外国人
37	・・・					
38	N人目　認定番号		●			
39	N人目　世帯通番		●			
40	N人目　対象者	氏名	●			
41		住所	●			
42		続柄	●			
43		生年月日	●			短縮表記
44		所得確定	●			
45		年齢	●			
46		前年支給状況	●			
47		転入日	●			短縮表記
48		資格喪失日	●			短縮表記
49	N人目　所得額	総所得額	●			
50		繰越損失額	●			
51		その他所得額	●			
52		控除後所得額	●			
53	N人目　控除	雑損	●			
54		医療費	●			
55		掛金	●			
56		配偶者	●			
72		特定	●			
57		保険料	●			
58	N人目　扶養人数	⑧扶養	●			
59		ア老人	●			
60		イ特定	●			
73		ウ16-19	●			
61		障害	●			
62		特障害	●			
63	N人目　本人該当	障害	●			
64		特障害	●			
65		寡婦	●			
66		ひとり	●			
67		勤学	●			
68	N人目　備考 （編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目：「住民区分」、印字有無：「有」、前付加文言：「認住民区分：」、後付加文言：（空白）　。 　住民区分：外国人
69	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

様式番号

窓空宛名

A201 自由記載１ 020A

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 年　月　日から	□（過去1年以内に）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		

固定文言１ ※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

(受給者のみ) 病院への 入院状況	□入院中　□入院予定 年　月　日から	□（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 年　月　日から 年　月　日まで	□入院していない
	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	

固定文言２
※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。

(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。	

固定文言３
上記のとおり届出します。

年　　月　　日

殿

受給者氏名

届出人氏名

連　絡　先　　－　　－

自由記載２

帳票詳細要件（13）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220074
帳票名称	13.特別障害者手当現況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	自由記載１			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	通番		●			現況届一括出力時の通番
5	認定番号		●			
6	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	年度		●			
8	受給者	フリガナ	●			
9		氏名	●			
10		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		郵便番号	●			郵便番号
12		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
13		電話番号	●			
14	配偶者	氏名	●			
15		郵便番号	●			郵便番号
16		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
17	扶養義務者１	氏名	●			
18		受給者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
21	扶養義務者２	氏名	●			
22		受給者との続柄	●			
23		郵便番号	●			郵便番号
24		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
25	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
26	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
27	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の介護保険台帳及び公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。」
28	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
29	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
30	※扶養義務者が３人以上の場合は改ページすること					

様式番号

窓空宛名

A201 自由記載１ 020A

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

帳票詳細要件（14）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220075
帳票名称	14.障害児福祉手当現況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	自由記載１			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	通番		●			現況届一括出力時の通番
5	認定番号		●			
6	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	年度		●			
8	受給者	フリガナ	●			
9		氏名	●			
10		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		郵便番号	●			郵便番号
12		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
13		電話番号	●			
14	配偶者	氏名	●			
15		郵便番号	●			郵便番号
16		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
17	扶養義務者１	氏名	●			
18		受給者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
21	扶養義務者２	氏名	●			
22		受給者との続柄	●			
23		郵便番号	●			郵便番号
24		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
25	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
26	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
27	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。」
28	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
29	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
30	※扶養義務者が３人以上の場合は改ページすること					

様式番号

窓空宛名

A201 自由記載１ 020A

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 年　月　日から	□（過去1年以内に）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		
	※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

帳票詳細要件（15）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220076
帳票名称	15.経過的福祉手当現況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	自由記載１			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	通番		●			現況届一括出力時の通番
5	認定番号		●			
6	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	年度		●			
8	受給者	フリガナ	●			
9		氏名	●			
10		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		郵便番号	●			郵便番号
12		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
13		電話番号	●			
14	配偶者	氏名	●			
15		郵便番号	●			郵便番号
16		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
17	扶養義務者１	氏名	●			
18		受給者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
21	扶養義務者２	氏名	●			
22		受給者との続柄	●			
23		郵便番号	●			郵便番号
24		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
25	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
26	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
27	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の介護保険台帳及び公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。」
28	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
29	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
30	※扶養義務者が３人以上の場合は改ページすること					

省令第５条第80号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式第三号(第二条・第五条関係)

自由記載１

※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
控除 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
控除 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・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
控除 ⑬	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円
控除 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（控除対象扶養親族に該当しない30歳以上70歳未満の扶養親族を除きます。）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　受給資格者については、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控除若しくは特別障害者控除、寡婦控除、ひとり親控除又は勤労学生控除を受けた場合は、該当するものを○で囲んでください。

なお、受給資格者については、地方税法に定める特別障害者以外の障害者控除又は特別障害者控除の額は控除しません。

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、配偶者特別控除又は特定親族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

帳票詳細要件（16）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220077
帳票名称	16.障害児福祉手当（福祉手当）所得状況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載１			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	認定番号			●		
5	受給資格者	フリガナ	●			
6		氏名	●			
7		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
8		郵便番号	●			郵便番号
9		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
10	配偶者	フリガナ	●			
11		氏名	●			
12		個人番号			●	
13		郵便番号	●			郵便番号
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給資格者に同じ」は削除すること
15	扶養義務者	フリガナ	●			
16		氏名	●			
17		個人番号			●	
18		受給資格者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給資格者に同じ」は削除すること
21	所得年		●			
22	受給資格者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
23		70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数		●		
24		特定扶養親族数		●		
25		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数		●		
26		所得額		●		
27		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
28		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
29		寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
30		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（２つまでとし、３つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
31		医療費控除		●		
32		小規模企業共済等掛金控除		●		
33		配偶者特別控除		●		
67		特定親族特別控除		●		
34		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
35		社会保険料相当額		●		
36		控除後の所得額		●		
37	配偶者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
38		うち老人扶養親族の数		●		
39		所得額		●		
40		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
41		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
42		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
43		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（２つまでとし、３つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
44		医療費控除		●		
45		小規模企業共済等掛金控除		●		
46		配偶者特別控除		●		
68		特定親族特別控除		●		
47		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
48		社会保険料相当額		●		
49		控除後の所得額		●		
50	扶養義務者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
51		うち老人扶養親族の数		●		
52		所得額		●		
53		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
54		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
55		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること

帳票詳細要件（16）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220077
帳票名称	16.障害児福祉手当（福祉手当）所得状況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
56		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（２つまでとし、３つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
57		医療費控除		●		
58		小規模企業共済等掛金控除		●		
59		配偶者特別控除		●		
69		特定親族特別控除		●		
60		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
61		社会保険料相当額		●		
62		控除後の所得額		●		
63	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり相違ありません。なお、所得状況届提出にあたり、課税台帳等により私及び受給資格者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。」
64	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
65	※審査			●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額を印字すること（３つ以上ある場合に印字すること）
66	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

省令第５条第81号関係

適合基準日：令和８年４月１日

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
控除 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
控除 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
控除 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・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
控除 ⑭	円	円	円	円	円	円
	円	円	円	円	円	円
控除 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（控除対象扶養親族に該当しない30歳以上70歳未満の扶養親族を除きます。）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)　受給資格者については、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控除若しくは特別障害者控除、寡婦控除、ひとり親控除又は勤労学生控除を受けた場合は、該当するものを〇で囲んでください。

なお、受給資格者については、地方税法に定める特別障害者以外の障害者控除又は特別障害者控除の額は控除しません。

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、配偶者特別控除又は特定親族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、雑所得及び給与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

帳票詳細要件（17）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220078
帳票名称	17.特別障害者手当所得状況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載１			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	認定番号			●		
5	受給資格者	フリガナ	●			
6		氏名	●			
7		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
8		郵便番号	●			郵便番号
9		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
10	配偶者	フリガナ	●			
11		氏名	●			
12		個人番号			●	
13		郵便番号	●			郵便番号
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給資格者に同じ」は削除すること
15	扶養義務者	フリガナ	●			
16		氏名	●			
17		個人番号			●	
18		受給資格者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給資格者に同じ」は削除すること
21	所得年		●			
22	受給資格者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
23		70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数		●		
24		特定扶養親族数		●		
25		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数		●		
26		受給資格者に係る所得額（欄外の記入要領参照）		●		
27		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
28		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
29		寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
30		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（２つまでとし、３つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
31		医療費控除		●		
32		小規模企業共済等掛金控除		●		
33		配偶者特別控除		●		
67		特定親族特別控除		●		
34		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
35		社会保険料相当額		●		
36		控除後の所得額		●		
37	配偶者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
38		うち老人扶養親族の数		●		
39		配偶者・扶養義務者に係る所得額		●		
40		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
41		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
42		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
43		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（２つまでとし、３つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
44		医療費控除		●		
45		小規模企業共済等掛金控除		●		
46		配偶者特別控除		●		
68		特定親族特別控除		●		
47		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
48		社会保険料相当額		●		
49		控除後の所得額		●		
50	扶養義務者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
51		うち老人扶養親族の数		●		
52		配偶者・扶養義務者に係る所得額		●		
53		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
54		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること

帳票詳細要件（17）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220078
帳票名称	17.特別障害者手当所得状況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
55		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
56		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（２つまでとし、３つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
57		医療費控除		●		
58		小規模企業共済等掛金控除		●		
59		配偶者特別控除		●		
69		特定親族特別控除		●		
60		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
61		社会保険料相当額		●		
62		控除後の所得額		●		
63	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり相違ありません。なお、所得状況届提出にあたり、課税台帳等により私及び受給資格者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。」
64	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
65	※審査			●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額を印字すること（３つ以上ある場合に印字すること）
66	自由記載２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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**

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

帳票詳細要件（18）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220079
帳票名称	18.所得状況届督促通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給差止の期間		●			和暦表記 "から"の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定 パラメタなどにより初期設定が行えること
12	提出期限		●			和暦表記 パラメタなどにより初期設定が行えること
13	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言３＋編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)　。 　認定番号：123456
15	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
17		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
18		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
19		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
20		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式第（1）（2）（3）号

（表　面）

（都道府県名） （実施機関名）	○○○○○手当受給者台帳 （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）	支払方法（支払地）	（　・　・　変更）	公的給付支給等口座 有・無 公的給付支給等口座 有・無
障害名		障害の程度				

手当額 月額	改定年月	所得状況 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

帳票詳細要件（19）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220080
帳票名称	19.受給者台帳（表面）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	都道府県名		●			
3	実施機関名	市町村名	●			市区町村名を印字する。ただし、管理場所が登録されている場合は市区町村名＋管理場所を印字する。　例）指定都市において、管理場所に△△区が登録されている場合は、”〇〇市△△区”と印字する。
4	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	認定年月日		●			和暦表記
6	支給開始年月		●			和暦表記
7	整理番号		●			認定番号を印字する
8	個人番号				●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9	受給資格者	フリガナ	●			
10		氏名	●			
11		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
12	支払方法	金融機関名	●			
13		支店名	●			
14		口座種別	●			
15		口座番号・記号番号	●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号〇〇〇〇〇〇　番号〇〇〇〇〇〇〇〇のように印字すること
16		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
17		公的給付支給等口座	●			公的給付支給等口座有無の内容（有もしくは無）を印字すること
18	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
19	障害の程度		●			認定基準コードの入力内容を印字すること 複数の場合は「、」で繋げること
20	手当額①	月額	●			
21		改定年月	●			短縮表記
22	手当額②	月額	●			
23		改定年月	●			短縮表記
24	・・・					
25	手当額⑩	月額	●			
26		改定年月	●			短縮表記
27	所得状況①	年次	●			
28		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
29		所得制限該当・非該当別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
30		支給停止期間　開始月	●			
31		支給停止期間　終了月	●			
32	所得状況②	年次	●			
33		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
34		所得制限該当・非該当別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
35		支給停止期間　開始月	●			
36		支給停止期間　終了月	●			
37	・・・		●			
38	所得状況⑩	年次	●			
39		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
40		所得制限該当・非該当別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
41		支給停止期間　開始月	●			
42		支給停止期間　終了月	●			
43	受給資格喪失年月日		●			
44	受給資格喪失理由		●			
45	備考 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目1：「電話番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「電話番号：」、後付加文言：(空白) 印字すべき管理項目2：「生年月日」、印字有無：「有」、前付加文言：「生年月日：」、後付加文言：(空白)　となっている場合は、次のとおり印字する。 電話番号：123-4567-8901 生年月日：令和4年10月1日
46	配偶者		●			
47	配偶者の個人番号				●	
48	扶養義務者		●			
49	扶養義務者続柄		●			本人から見た続柄を印字（住基の続柄ではない）
50	扶養義務者の個人番号				●	
51	同居・別居		●			打ち出し形式　（例1）同居、（例2）別居
52	※手当額又は所得状況が11件以上の場合は改ページすること					

（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	・　・	・　・	・　・	・　・

帳票詳細要件（20）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220081
帳票名称	20.受給者台帳（裏面）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	受給資格者	氏名	●			
2		整理番号	●			認定番号を印字
3	手当支払記録①	支払年	●			和暦表記
4	（5月）	支払額	●			
5		支払済年月日	●			短縮表記
6	（8月）	支払額	●			
7		支払済年月日	●			短縮表記
8	（11月）	支払額	●			
9		支払済年月日	●			短縮表記
10	（2月）	支払額	●			
11		支払済年月日	●			短縮表記
12	手当支払記録②	支払年	●			和暦表記
13	（5月）	支払額	●			
14		支払済年月日	●			短縮表記
15	（8月）	支払額	●			
16		支払済年月日	●			短縮表記
17	（11月）	支払額	●			
18		支払済年月日	●			短縮表記
19	（2月）	支払額	●			
20		支払済年月日	●			短縮表記
21	・・・		●			
22	手当支払記録⑩	支払年	●			和暦表記
23	（5月）	支払額	●			
24		支払済年月日	●			短縮表記
25	（8月）	支払額	●			
26		支払済年月日	●			短縮表記
27	（11月）	支払額	●			
28		支払済年月日	●			短縮表記
29	（2月）	支払額	●			
30		支払済年月日	●			短縮表記
31	※手当支払記録が11年以上の場合は改ページすること					

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

帳票詳細要件（21）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220082
帳票名称	21.被災非該当通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	申請日		●			和暦表記
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	被災状況非該当の理由		●			
12	備考 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）。 認定番号：123456
13	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	手当名		●			
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
17		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
18		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
19		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
20		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第86号関係
適合基準日：令和８年４月１日
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

固定文言１
下記のとおり　ご指定の預金口座に振込みをしましたので、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		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

帳票詳細要件（22）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220083
帳票名称	22.支払通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	受取人氏名		●			
10	金融機関名		●			
11	支店名		●			
12	口座種別		●			
13	口座番号		●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号〇〇〇〇〇〇　番号〇〇〇〇〇〇〇〇のように印字すること
14	口座名義人カナ		●			半角カナ表記
15	振込年月日		●			和暦表記
16	振込額		●			
17	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	固定文言３＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）　。 　認定番号：123456
19	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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	

帳票詳細要件（23）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220084
帳票名称	23.支出内訳書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
4	依頼日		●			和暦表記
5	依頼元		●			
6	支払指定日		●			和暦表記
7	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
8	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	支払先①	No	●			通し番号
10		受給者名	●			
11		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
12		支払金額	●			
13		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白) 。 認定番号：123456
14	支払先②	No	●			
15		受給者名	●			
16		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
17		支払金額	●			
18		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白) 。 認定番号：123456
19	・・・					
20	支払先N	No	●			
21		受給者名	●			
22		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
23		支払金額	●			
24		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白) 。 認定番号：123456
25	小計口数		●			全角数値表記
26	小計支払金額		●			
27	合計口数		●			全角数値表記
28	合計支払金額		●			
29	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

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

振込指定日に下記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	

帳票詳細要件（24）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220085
帳票名称	24.口座振込依頼書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
4	依頼先金融機関名		●			
5	依頼先金融機関支店名		●			
6	依頼日		●			和暦表記
7	依頼元		●			
8	振込指定日		●			和暦表記
9	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
10	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	振込先①	No	●			通し番号
12		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
13		預金種目	●			
14		口座番号	●			
15		口座名義人	●			半角カナ表記
16		振込金額	●			
17		手数料			●	＜実装不可とした理由＞ 事務処理上必須項目ではないことを踏まえ、実装不可としました。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは印字項目を削除した。（以降の手数料も同様。）
18		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：空白、後付加文言：(空白)　。 123456
19	振込先②	No	●			通し番号
20		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
21		預金種目	●			
22		口座番号	●			
23		口座名義人	●			半角カナ表記
24		振込金額	●			
25		手数料			●	
26		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：空白、後付加文言：(空白)　。 123456
27	・・・					
28	振込先N	No	●			通し番号
29		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
30		預金種目	●			
31		口座番号	●			
32		口座名義人	●			半角カナ表記
33		振込金額	●			
34		手数料			●	
35		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：空白、後付加文言：(空白)　。 123456
36	小計口数		●			全角数値表記
37	小計振込金額		●			
38	合計口数		●			全角数値表記
39	合計振込金額		●			
40	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

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

帳票詳細要件（25）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220086
帳票名称	25.受給者台帳の送付依頼について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216（全国自治体情報を利用した印字）のとおり印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	通知名（タイトル）		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	ご案内文章		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
13	異動年月日		●			転出日 和暦表記
14	カナ氏名		●			
15	氏名		●			
16	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17	旧住所		●			転入前住所　住所＋全角スペース＋方書
18	新住所		●			現住所　住所＋全角スペース＋方書
19	備考 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）　。 　認定番号：123456
21	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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
電話番号

殿

※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)

（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、該当するものを〇で囲んでください。

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、該当するものを〇で囲んでください。

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、該当するものを〇で囲んでください。

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

帳票詳細要件（26）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220087
帳票名称	26.障害児福祉手当認定請求書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	認定を受けようとする者	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6		年齢	●			
7		郵便番号	●			郵便番号
8		住所	●			
9		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
10	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言５		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	固定文言６		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「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。なお、認定請求書提出にあたり、課税台帳等により扶養義務者及び受給者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。」
16	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
17	編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	固定文言７		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	固定文言８		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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）ではっ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）

（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、該当するものを〇で囲んでください。

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、該当するものを〇で囲んでください。

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、該当するものを〇で囲んでください。

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、該当するものを〇で囲んでください。

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

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

固定文言９

自由記載１

帳票詳細要件（27）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220088
帳票名称	27.特別障害者手当認定請求書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	認定を受けようとする者	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6		年齢	●			
7		郵便番号	●			郵便番号
8		住所	●			
9		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
10	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言５		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	固定文言６		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
16	固定文言７		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「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。なお、認定請求書提出にあたり、課税台帳等により扶養義務者及び受給者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。」
17	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
18	編集２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	固定文言８		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	固定文言９		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
21	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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・経過的福祉手当に関する
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	
配偶者または扶養義務者	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。

固定文言１

上記のとおり、変更を届け出ます。　固定文言２

年　月　日

氏　名
電話番号

殿

自由記載１

帳票詳細要件（28）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220089
帳票名称	28.記載事項変更届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	変更年月日			●		和暦表記　変更日を印字する
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	受給資格者の氏名	フリガナ	●			
5		氏名	●			
6	個人番号				●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
7	受給者	郵便番号（変更前）		●		郵便番号
8		住所（変更前）		●		住所＋全角スペース＋方書
9		氏名（変更前）		●		受給資格者の氏名
10	支払希望金融機関	変更前金融機関名		●		
11		変更前支店名		●		
12		変更前口座種別		●		
13		変更前口座番号		●		
14		変更前ゆうちょ記号		●		
15		変更前ゆうちょ番号		●		
16		変更前口座名義人カナ		●		半角カナ表記
17		変更前公的給付支給等口座		●		公的給付支給等口座有無の内容（有もしくは無）を印字すること
18	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
21	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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

固定文言１

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。

固定文言２

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。

固定文言３

（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

帳票詳細要件（29）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220090
帳票名称	29.資格喪失届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	受給者の氏名	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5	受給者の住所	郵便番号	●			郵便番号
6		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
7		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
10	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
11	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	固定文言４		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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			

固定文言１

上記のとおり、受給資格者が死亡したので届出します。
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

帳票詳細要件（30）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220091
帳票名称	30.未支払手当請求書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	死亡者	氏名	●			
4		郵便番号	●			郵便番号
5		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
6		死亡年月日	●			和暦表記
7	未支給期間	開始年月	●			和暦表記
8		終了年月	●			和暦表記
9	未支給金額		●			
10	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
12	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

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
電話番号

殿

※認定却下	年　月　日 （支給開始　年　月）	※備考	**編集２**

自由記載１

帳票詳細要件（31）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220092
帳票名称	31.障害状態再審査（診断）請求書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	フリガナ		●			
4	氏名		●			
5	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6	年齢		●			
7	郵便番号		●			郵便番号
8	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
9	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
10	固定文言２＋編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
13	編集２		●			印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は印字すること。
14	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

省令第５条第96号関係

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

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

帳票詳細要件（32）

業務	05.国制度手当	帳票ID	0220093
帳票名称	32.障害程度判定協議依頼書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	判定依頼先		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
10	備考 （固定文言２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	1人目	No	●			
12		受給者氏名	●			
13		認定番号	●			
14		協議日	●			短縮表記
15		協議の理由	●			
16		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
17	2人目	No	●			
18		受給者氏名	●			
19		認定番号	●			
20		協議日	●			短縮表記
21		協議の理由	●			
22		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	・・・					
24	N人目	No	●			
25		受給者氏名	●			
26		認定番号	●			
27		協議日	●			短縮表記
28		協議の理由	●			
29		編集１	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
30	問合せ先	担当部署名	●			
31		住所	●			
32		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
33		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
34		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
35	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

省令第５条第97号関係

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	
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。）							

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		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
	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	□就労選択支援	
		□行動援護		
		□重度障害者等包括支援		
	訓練系・就労系日中活動系	□短期入所	□自立訓練（機能訓練）	
		□療養介護	□自立訓練（生活訓練）	
		□生活介護	□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等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 82 万 6,500 円以下のもの
②①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であるため、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

帳票詳細要件（01）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220094
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	申請文 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	申請者	申請者カナ氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
7		申請者氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
8		申請者個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9		申請者生年月日	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		申請者居住地	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。 郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
11		申請者電話番号	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
12	支給申請に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
13		児童氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
14		児童個人番号			●	
15		児童生年月日	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		児童続柄	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
17	身体障害者手帳番号			●		手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
18	療育手帳番号			●		手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
19	精神障害者保健福祉手帳番号			●		
20	疾病名			●		
23	障害基礎年金1級受給の有無			●		打ち出し形式　（例１）有　（例２）無
24	障害支援区分の認定			●		打ち出し形式　（例１）有　（例２）無
25	障害支援区分			●		打ち出し形式　（例１）区分２　（例２）非該当
26	障害支援区分有効期間			●		和暦表記
27	利用中のサービスの種類と内容等			●		受給中のサービス種類を印字する。複数サービス種類を受給中の場合、カンマ区切りで印字する。
28	要介護認定			●		打ち出し形式　（例１）有　（例２）無
29	要介護度			●		打ち出し形式　（例１）要介護１　（例２）要介護２
30	申請するサービス			●		該当するサービス種類の欄に「■」「✓」等、申請サービスが識別可能となる内容を印字する（どのような形式でも問題ない）
31	申請に係る具体的内容 （固定文言２＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請者が何を記載すればよいかわかりやすい固定文言を印字を想定。 例） 介護給付費（訪問系）は1月あたりの希望利用時間、回数を記載。 日中活動系サービスは1月あたりの希望利用日数を記載 ※申請するサービスの支給量や加算の内容を印字し、変更箇所については申請者が訂正する運用を想定
32	同意文 （固定文言３）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
33	注意事項１ （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
34	申請する減免の種類文言１ （固定文言５）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
35	申請する減免の種類文言２ （固定文言６）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
36	申請する減免の種類文言３ （固定文言７）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
37	申請する減免の種類文言４ （固定文言８）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
38	申請する減免の種類文言５ （固定文言９）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
39	申請する減免の種類文言６ （固定文言１０）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
40	申請する減免の種類文言７ （固定文言１１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
41	申請する減免の種類文言８ （固定文言１２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること

帳票詳細要件（01）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220094
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
42	申請する減免の種類文言９ （固定文言１３）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
43	注意事項２ （固定文言１４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
44	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。 想定される印字内容：申請書記入に当たっての注意事項　等

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	

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

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	□児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	**固定文言３＋編集２**
	□児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	□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	□　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○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○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　を添付すること。

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

帳票詳細要件（02）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220095
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	申請文 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	申請者	申請者カナ氏名	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者カナ氏名」及び「児童カナ氏名」欄にそれぞれ本人のカナ氏名を印字する。）
7		申請者氏名	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者氏名」及び「児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
8		申請者個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9		申請者生年月日	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者生年月日」及び「児童生年月日」欄にそれぞれ本人の生年月日を印字する。） 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		申請者居住地	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の居住地を印字する。） 郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
11		申請者電話番号	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の電話番号を印字する。）
12	支給申請に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			
13		児童氏名	●			
14		児童個人番号			●	
15		児童生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		児童続柄	●			
17	身体障害者手帳番号			●		手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
18	療育手帳番号			●		手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
19	精神障害者保健福祉手帳番号			●		
20	疾病名			●		
24	利用中のサービスの種類と内容等			●		受給中のサービス種類を印字する。複数サービス種類を受給中の場合、カンマ区切りで印字する。
25	申請する支援			●		該当するサービス種類の欄に「■」「✓」等、申請サービスが識別可能となる内容を印字する（どのような形式でも問題ない）
26	申請に係る具体的内容 （固定文言３＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※利用を希望する障害児通所支援の種類ごとに、希望する障害児通所支援の内容、支給量等市町村が必要と認める具体的な内容を記載する。 例） 児童発達支援は、1月あたりの希望利用日数を記載。 ※申請するサービスの支給量や加算の内容を印字し、変更箇所については申請者が訂正する運用を想定
27	同意文 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
28	注意事項１ （固定文言５）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
29	申請する減免の種類文言１ （固定文言６）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
30	申請する減免の種類文言２ （固定文言７）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
31	申請する減免の種類文言３ （固定文言８）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
32	注意事項２ （固定文言９）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
33	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。 想定される印字内容：申請書記入に当たっての注意事項　等

様式第７号

編集１

（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	

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。）	

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	□就労選択支援	
		□行動援護		
		□重度障害者等包括支援		
	訓練系・就労系 日中活動系	□短期入所	□自立訓練（機能訓練）	
		□療養介護	□自立訓練（生活訓練）	
		□生活介護	□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 82 万 6,500 円以下のもの
②①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いずれかにあてはまるため、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

帳票詳細要件（03）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220096
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	申請文 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	申請者	申請者カナ氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
7		申請者氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
8		申請者個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9		申請者生年月日	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		申請者居住地	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。 郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
11		申請者電話番号	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
12	支給申請に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
13		児童氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
14		児童個人番号			●	
15		児童生年月日	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		児童続柄	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
17	身体障害者手帳番号			●		手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
18	療育手帳番号			●		手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
19	精神障害者保健福祉手帳番号			●		
20	疾病名			●		
23	障害基礎年金1級受給の有無			●		打ち出し形式　（例１）有　（例２）無
24	障害支援区分の認定			●		打ち出し形式　（例１）有　（例２）無
25	障害支援区分			●		打ち出し形式　（例１）区分２　（例２）非該当
26	障害支援区分有効期間			●		和暦表記
27	利用中のサービスの種類と内容等			●		受給中のサービス種類を印字する。複数サービス種類を受給中の場合、カンマ区切りで印字する。
28	要介護認定			●		打ち出し形式　（例１）有　（例２）無
29	要介護度			●		打ち出し形式　（例１）要介護１　（例２）要介護２
30	変更の理由			●		管理項目の変更理由を印字すること
31	申請するサービス			●		該当するサービス種類の欄に「■」「✓」等、申請サービスが識別可能となる内容を印字する（どのような形式でも問題ない）
32	申請に係る具体的内容 （固定文言２＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請者が何を記載すればよいかわかりやすい固定文言を印字を想定。 例） 介護給付費（訪問系）は1月あたりの希望利用時間、回数を記載。 日中活動系サービスは1月あたりの希望利用日数を記載 ※申請するサービスの支給量や加算の内容を印字し、変更箇所については申請者が訂正する運用を想定
33	同意文 （固定文言３）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
34	注意事項１ （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
35	申請する減免の種類文言１ （固定文言５）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
36	申請する減免の種類文言２ （固定文言６）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
37	申請する減免の種類文言３ （固定文言７）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
38	申請する減免の種類文言４ （固定文言８）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
39	申請する減免の種類文言５ （固定文言９）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
40	申請する減免の種類文言６ （固定文言１０）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
41	申請する減免の種類文言７ （固定文言１１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること

帳票詳細要件（03）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220096
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
42	申請する減免の種類文言８ （固定文言１２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
43	申請する減免の種類文言９ （固定文言１３）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
44	注意事項２ （固定文言１４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
45	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。 想定される印字内容：申請書記入に当たっての注意事項　等

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	

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		

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	□児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	固定文言３＋編集２
	□児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	□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		医療機関	
	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６

申請する減の種	□　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○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（　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○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　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　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 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		申請者との関係	
住	〒 電話番号		

自由記載１

帳票詳細要件（04）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220097
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	申請文 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	申請者	申請者カナ氏名	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者カナ氏名」及び「児童カナ氏名」欄にそれぞれ本人のカナ氏名を印字する。）
7		申請者氏名	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者氏名」及び「児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
8		申請者個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9		申請者生年月日	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者生年月日」及び「児童生年月日」欄にそれぞれ本人の生年月日を印字する。） 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		申請者居住地	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の居住地を印字する。） 郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
11		申請者電話番号	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の電話番号を印字する。）
12	支給申請に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			
13		児童氏名	●			
14		児童個人番号			●	
15		児童生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		児童続柄	●			
17	身体障害者手帳番号			●		手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
18	療育手帳番号			●		手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
19	精神障害者保健福祉手帳番号			●		
20	疾病名			●		
24	利用中のサービスの種類と内容等			●		受給中のサービス種類を印字する。複数サービス種類を受給中の場合、カンマ区切りで印字する。
25	変更の理由			●		管理項目の変更理由を印字すること
26	申請する支援			●		該当するサービス種類の欄に「■」「✓」等、申請サービスが識別可能となる内容を印字する（どのような形式でも問題ない）
27	申請に係る具体的内容 （固定文言３＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※利用を希望する障害児通所支援の種類ごとに、希望する障害児通所支援の内容、支給量等市町村が必要と認める具体的な内容を記載する。 例） 児童発達支援は、1月あたりの希望利用日数を記載。 ※申請するサービスの支給量や加算の内容を印字し、変更箇所については申請者が訂正する運用を想定
28	同意文 （固定文言４）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
29	注意事項１ （固定文言５）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
30	申請する減免の種類文言１ （固定文言６）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
31	申請する減免の種類文言２ （固定文言７）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
32	申請する減免の種類文言３ （固定文言８）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
33	注意事項２ （固定文言９）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
34	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。 想定される印字内容：申請書記入に当たっての注意事項　等

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

固定文言１

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。

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

帳票詳細要件（05）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220098
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	申請文 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	申請者	申請者カナ氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者カナ氏名」及び「児童カナ氏名」欄にそれぞれ本人のカナ氏名を印字する。）
7		申請者氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者氏名」及び「児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
8		申請者個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9		申請者生年月日	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者生年月日」及び「児童生年月日」欄にそれぞれ本人の生年月日を印字する。） 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		申請者居住地	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の居住地を印字する。） 郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
11		申請者電話番号	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の電話番号を印字する。）
12	申請に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			
13		児童氏名	●			
14		児童個人番号			●	
15		児童生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		児童続柄	●			
17	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。 想定される印字内容：申請書記入に当たっての注意事項　等

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

帳票詳細要件（06）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220099
帳票名称	06.計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	申請文 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	区分		●			打ち出し形式（例）新規　or　変更
7	申請者	申請者カナ氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者カナ氏名」及び「児童カナ氏名」欄にそれぞれ本人のカナ氏名を印字する。）
8		申請者氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者氏名」及び「児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
9		申請者個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
10		申請者生年月日	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者生年月日」及び「児童生年月日」欄にそれぞれ本人の生年月日を印字する。） 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		申請者居住地	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の居住地を印字する。） 郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
12		申請者電話番号	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の電話番号を印字する。）
13	申請に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			
14		児童氏名	●			
15		児童個人番号			●	
16		児童生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		児童続柄	●			
18	相談支援事業所	事業所名カナ		●		
19		事業所名		●		
20		住所		●		郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
21		電話番号		●		
22	変更する理由		●			変更理由を印字すること
23	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。 想定される印字内容：届出書記入に当たっての注意事項　等

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○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

帳票詳細要件（07）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220100
帳票名称	07.申請内容変更届出書（介護給付費等）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	支給（給付）決定障害者（保護者）氏名	障害者（保護者）カナ氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
6		障害者（保護者）氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
7		障害者（保護者）個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
8		障害者（保護者）生年月日	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		障害者（保護者）居住地	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
10		障害者（保護者）電話番号	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
11	給付決定に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
12		児童氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
13		児童個人番号			●	
14		児童生年月日	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
15		児童続柄	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
16	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

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○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

帳票詳細要件（08）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220101
帳票名称	08.申請内容変更届出書（障害児通所給付費）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	給付決定保護者	保護者カナ氏名	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「保護者カナ氏名」及び「児童カナ氏名」欄にそれぞれ本人のカナ氏名を印字する。）
6		保護者氏名	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「保護者氏名」及び「児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
7		保護者個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
8		保護者生年月日	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「保護者生年月日」及び「児童生年月日」欄にそれぞれ本人の生年月日を印字する。） 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		保護者居住地	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の居住地を印字する。） 郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
10		保護者電話番号	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の電話番号を印字する。）
11	給付決定に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			
12		児童氏名	●			
13		児童個人番号			●	
14		児童生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
15		児童続柄	●			
16	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

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		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

帳票詳細要件（09）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220102
帳票名称	09.受給者証再交付申請書（介護給付費等）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	支給（給付）決定障害者（保護者）氏名	障害者（保護者）カナ氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
7		障害者（保護者）氏名	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
8		障害者（保護者）個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9		障害者（保護者）生年月日	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		障害者（保護者）居住地	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
11		障害者（保護者）電話番号	●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
12	給付決定に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
13		児童氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
14		児童個人番号			●	
15		児童生年月日	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		児童続柄	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
17	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

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

帳票詳細要件（10）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220103
帳票名称	10.受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	編集１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例）印字すべき管理項目1：「受給者証番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「受給者証番号：」、後付加文言：(空白) 受給者証番号：1234567890
2	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
5	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	給付決定保護者	保護者カナ氏名	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「保護者カナ氏名」及び「児童カナ氏名」欄にそれぞれ本人のカナ氏名を印字する。）
7		保護者氏名	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「保護者氏名」及び「児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
8		保護者個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9		保護者生年月日	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「保護者生年月日」及び「児童生年月日」欄にそれぞれ本人の生年月日を印字する。） 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		保護者居住地	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の居住地を印字する。） 郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
11		保護者電話番号	●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、本人の電話番号を印字する。）
12	給付決定に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			
13		児童氏名	●			
14		児童個人番号			●	
15		児童生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		児童続柄	●			
17	固定文言２		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

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

帳票詳細要件（11）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220104
帳票名称	11.利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	固定文言１		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 想定される印字内容：対象サービス（障害福祉サービス、障害児通所等）、新規・変更の区分　等
4	支給（給付）決定障害者（保護者）	カナ氏名	●			
5		氏名	●			
6		受給者証番号	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8	支給決定に係る児童	カナ氏名	●			
9		氏名	●			
10		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	上限額管理事業所情報（固定文言２＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※上限管理事業所名、所在地、連絡先、上限管理開始年月日を印字する想定
12	市町村長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
13	同意欄（固定文言３）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	市町村確認欄（固定文言４＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※市町村確認として利用する備考等を印字する想定
15	固定文言５		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 想定される印字内容：届出書記入に当たっての注意事項　等
16	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

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。

(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

帳票詳細要件（12）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220105
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請日（和暦表記）および自治体で定める文言を印字する想定
9	障害福祉サービス受給者証番号		●			
10	地域相談支援受給者証番号		●			地域相談支援受給者証番号と障害福祉サービス受給者証番号を同じ番号で運用している場合は、障害福祉サービス受給者証番号を印字すること。
11	障害者（保護者）氏名		●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
12	児童氏名		●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
13	障害支援区分		●			
14	支給決定日		●			和暦表記
15	障害支援区分有効期間		●			和暦表記
16	支給（給付）決定内容	サービス種類１	●			支給（給付）決定対象のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
17		サービス内容１	●			支給（給付）決定対象のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
18		有効期間１	●			和暦表記
19		サービス種類２	●			支給（給付）決定対象のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
20		サービス内容２	●			支給（給付）決定対象のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
21		有効期間２	●			和暦表記 支給（給付）決定対象のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
22		サービス種類３	●			支給（給付）決定対象のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
23		サービス内容３	●			支給（給付）決定対象のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
24		有効期間３	●			和暦表記 支給（給付）決定対象のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
25		特記事項	●			管理項目の特記事項を印字すること 暫定支給決定をしたときは「支給決定期間のうち令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日までは暫定支給決定期間とする。」を印字し、暫定支給決定期間中のアセスメントにより、サービス利用の継続による改善効果が見込まれない場合は支給決定を取り消すことがある旨もあわせて印字すること。
26	利用者負担上限月額		●			
27	利用者負担上限月額適用期間		●			和暦表記
28	特定障害者特別給付費日額		●			
29	特定障害者特別給付費日額適用期間		●			和暦表記
30	特定障害者特別給付費月額		●			
31	特定障害者特別給付費月額適用期間		●			和暦表記
32	療養介護医療	公費負担者番号	●			
33		公費受給者番号	●			
34		療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）の負担上限月額	●			
35		食事療養（生活療養）の負担上限月額	●			
36		上限額の適用期間	●			和暦表記
37	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
38	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
39	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
40		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
41		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
42		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
43		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第109号関係
適合基準日：令和８年４月１日
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経た後（次に（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

帳票詳細要件（13）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220106
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請日（和暦表記）および自治体で定める文言を印字する想定
9	受給者証番号		●			
10	通所給付決定保護者氏名		●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「通所給付決定保護者氏名」欄及び「給付決定に係る障害児氏名」欄に本人の氏名を印字する。）
11	給付決定年月日		●			和暦表記
12	給付決定に係る障害児氏名		●			
13	負担上限月額		●			
14	負担上限月額の適用期間		●			和暦表記
15	多子軽減対象		●			
16	無償化対象期間		●			和暦表記
17	給付決定内容	通所支援の種類１	●			支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
18		支給量１	●			支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
19		有効期間１	●			和暦表記 支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
20		通所支援の種類２	●			支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
21		支給量２	●			支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
22		有効期間２	●			和暦表記 支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
23		通所支援の種類３	●			支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
24		支給量３	●			支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
25		有効期間３	●			和暦表記 支給決定対象の通所支援のサービス種類が４つ以上ある場合は改ページすること。
26		特記事項	●			管理項目の特記事項を印字すること
27	肢体不自由児通所医療	公費負担者番号	●			
28		公費受給者番号	●			
29		肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）の負担上限月額	●			
30		上限額の適用期間	●			和暦表記
31	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
32	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
33	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
34		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
35		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
36		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
37		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第110号関係
適合基準日：令和８年４月１日
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			
支給する　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 市町村長 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

帳票詳細要件（14）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220107
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	障害福祉サービス受給者証番号		●			計画相談支援における支給（却下）通知書の場合、障害福祉サービス受給者証番号の印字が行えること
10	地域相談支援受給者証番号		●			計画相談支援における支給（却下）通知書の場合、地域相談支援受給者証番号の印字が行えること なお、地域相談支援受給者証番号と障害福祉サービス受給者証番号を同じ番号で運用している場合は、障害福祉サービス受給者証番号を印字すること。
11	通所受給者証番号		●			障害児相談支援における支給（却下）取消通知書の場合、通所受給者証番号の印字が行えること
12	申請者氏名		●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「申請者氏名」欄及び「申請に係る児童氏名」欄に本人の氏名を印字する。）
13	申請に係る児童氏名		●			
14	支給の可否		●			″可″又は″否″を印字
15	支給する	支給期間	●			和暦表記
16		モニタリング期間	●			標準的な開始月と終期月の期間による表記（記載例：６月ごと（令和〇年〇月～令和〇年〇））に加えて、具体的な実施月による表記（記載例：３か月ごと（令和元年９月、１２月、令和元年３月、６月））による印字が行えること なお、印字する各年月は和暦表記とすること
17	支給しない	支給しない理由	●			管理項目の却下理由を印字すること
18	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第111号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式第３号

第　　号
年　　月　　日

市 町 村 長　　印

窓空宛名

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。
固定文言３
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。

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。
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

帳票詳細要件（15）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220108
帳票名称	15.障害支援区分認定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請日（和暦表記）および自治体で定める文言を印字する想定
9	氏名		●			障害支援区分認定者本人の氏名を印字すること
10	認定年月日		●			和暦表記
11	障害支援区分(区分・非該当)		●			打ち出し形式　（例１）区分２　（例２）非該当
12	障害支援区分(備考) （固定文言２＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※認定理由や審査会意見等を印字する想定
13	障害支援区分の 認定の有効期間		●			和暦表記
14	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
15	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。 想定される印字内容：受給者証番号などの印字を想定
16	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第112号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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　　の　　・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

帳票詳細要件（16）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220109
帳票名称	16.却下決定通知書（介護給付費等）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請日（和暦表記）および自治体で定める文言を印字する想定
9	申請事項 （固定文言２＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
10	却下の理由		●			管理項目の却下理由を印字できること
11	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
12	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
14		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
15		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
16		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
17		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第113号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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）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。

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

帳票詳細要件（17）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220110
帳票名称	17.却下決定通知書（障害児通所給付費）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請日（和暦表記）および自治体で定める文言を印字する想定
9	申請事項 （固定文言２＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
10	却下の理由		●			管理項目の却下理由を印字できること
11	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
12	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
14		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
15		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
16		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
17		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第114号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式第８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　地域相談支援給付費）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２４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施行規則第３４条の５）（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９）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。

固定文言２＋編集２

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

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。

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

帳票詳細要件（18）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220111
帳票名称	18.（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）支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請日（和暦表記）および自治体で定める文言を印字する想定
9	受給者証番号		●			
10	支給決定障害者（保護者）氏名		●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。
11	変更年月日		●			和暦表記
12	支給決定に係る児童氏名		●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
13	変更の内容	変更前	●			支給内容の変更決定に係る、変更前の以下の内容を印字すること ・障害福祉サービス受給者証へ印字しているサービス種別、支給量等 ・地域相談支援受給者証へ印字している地域相談支援の種類、地域相談支援給付量等 また、利用者負担額の変更決定に係る、変更前の以下の内容を印字すること ・障害福祉サービス受給者証へ印字している特定障害者特別給付費の支給内容の支給額、利用者負担に関する事項の負担上限月額 ・療養介護医療受給者証へ印字している負担上限月額の療養介護医療、食事療養例 居宅介護　身体介護 3時間/月 (1回あたりの利用時間 3時間) 利用者負担上限月額　0円 特定障害者特別給付費　1,777円
14		変更後	●			支給内容の変更決定に係る、変更後の以下の内容を印字すること ・障害福祉サービス受給者証へ印字しているサービス種別、支給量等 ・地域相談支援受給者証へ印字している地域相談支援の種類、地域相談支援給付量等 また、利用者負担額の変更決定に係る、変更後の以下の内容を印字すること ・障害福祉サービス受給者証へ印字している特定障害者特別給付費の支給内容の支給額、利用者負担に関する事項の負担上限月額 ・療養介護医療受給者証へ印字している負担上限月額の療養介護医療、食事療養例 居宅介護　身体介護 3時間/月 (1回あたりの利用時間 3時間) 利用者負担上限月額　0円 特定障害者特別給付費　1,777円
15	提出先文及び提出先 （固定文言２＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※提出先文として印字すべき管理項目は「提出先市町村名」、「提出先名称」を想定する ※提出先として印字すべき管理項目は「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」を想定する ※なお、「提出期限」については和暦表記とし、パラメタなどにより任意に指定した日付の印字が行えること
16	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
17	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
19		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
20		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
21		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
22		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第115号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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４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とすることができる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

帳票詳細要件（19）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220112
帳票名称	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		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請日（和暦表記）および自治体で定める文言を印字する想定
9	受給者証番号		●			
10	通所給付決定保護者氏名		●			保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「給付決定に係る障害児氏名」欄に本人の氏名を印字する。）
11	変更年月日		●			和暦表記
12	給付決定に係る障害児氏名		●			
13	変更の内容	変更前	●			支給内容の変更決定に係る、変更前の以下の内容を印字すること ・通所受給者証へ印字している支援の種類、支給量等 また、利用者負担額の変更決定に係る、変更前の以下の内容を印字すること ・通所受給者証へ印字している利用者負担に関する事項の負担上限月額 ・肢体不自由児通所医療受給者証へ印字している負担上限月額の肢体不自由児通所医療 例 医療型児童発達支援　20日/月 利用者負担上限月額　37,200円 肢体不自由児通所医療費に係る負担上限月額　40,200円
14		変更後	●			支給内容の変更決定に係る、変更後の以下の内容を印字すること ・通所受給者証へ印字している支援の種類、支給量等 また、利用者負担額の変更決定に係る、変更後の以下の内容を印字すること ・通所受給者証へ印字している利用者負担に関する事項の負担上限月額 ・肢体不自由児通所医療受給者証へ印字している負担上限月額の肢体不自由児通所医療 例 医療型児童発達支援　20日/月 利用者負担上限月額　37,200円 肢体不自由児通所医療費に係る負担上限月額　40,200円
15	提出先文及び提出先 （固定文言２＋編集２）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※提出先文として印字すべき管理項目は「提出先市町村名」、「提出先名称」を想定する ※提出先として印字すべき管理項目は「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」を想定する ※なお、「提出期限」については和暦表記とし、パラメタなどにより任意に指定した日付の印字が行えること
16	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
17	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
19		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
20		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
21		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
22		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第116号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式第２０号

窓空宛名

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 **固定文言２＋編集１** 提出期限：　提出期限日		

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

帳票詳細要件（20）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220113
帳票名称	20.モニタリング期間変更通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	障害福祉サービス受給者証番号		●			計画相談支援におけるモニタリング期間変更の場合、障害福祉サービス受給者証番号の印字が行えること
10	地域相談支援受給者証番号		●			計画相談支援におけるモニタリング期間変更の場合、地域相談支援受給者証番号の印字が行えること なお、地域相談支援受給者証番号と障害福祉サービス受給者証番号を同じ番号で運用している場合は、障害福祉サービス受給者証番号を印字すること。
11	通所受給者証番号		●			障害児相談支援におけるモニタリング期間変更の場合、通所受給者証番号の印字が行えること
12	変更に係る障害者（保護者）		●			対象者が障害児の場合は保護者の情報を印字すること。（18歳以上の通所者の場合は、「変更に係る障害者（保護者）」欄及び「変更に係る児童氏名」欄に本人の氏名を印字する。）
13	変更に係る児童氏名		●			
14	変更後のモニタリング期間		●			標準的な開始月と終期月の期間による表記（記載例：６月ごと（令和〇年〇月～令和〇年〇））に加えて、具体的な実施月による表記（記載例：３か月ごと（令和元年９月、１２月、令和元年３月、６月）」）による印字が行えること なお、印字する各年月は和暦表記とすること
15	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 （固定文言２＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※提出先として印字すべき管理項目は「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」を想定する ※なお、「提出期限」については和暦表記とし、パラメタなどにより任意に指定した日付の印字が行えること
16	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

省令第５条第117号関係
適合基準日：令和８年４月１日

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）で申請のあった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	

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　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

帳票詳細要件（21）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220114
帳票名称	21.障害支援区分変更認定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
6	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	通知文 （固定文言１＋編集１）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※申請日（和暦表記）および自治体で定める文言を印字する想定
9	受給者証番号		●			
10	支給決定障害者氏名		●			障害支援区分認定者本人の氏名を印字すること
11	認定年月日		●			和暦表記
12	障害支援区分	変更前	●			打ち出し形式　（例１）区分２　（例２）非該当
13		変更後	●			打ち出し形式　（例１）区分２　（例２）非該当
14		備考（固定文言２＋編集２）	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※認定理由や審査会意見等を印字する想定
15	障害支援区分の認定の有効期間		●			和暦表記
16	固定文言３		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	自由記載１		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
18	不服申立て及び取消訴訟		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと