様式第２５号

（表面）

障害支援区分認定証明書

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

上記の者は、次のとおり市町村名において障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害支援区分の認定を**固定文言１**者であることを証明する。

年　月　日

市町村長名　印

		申請年月日	年　月　日
障害支援区分		認定年月日	年　月　日
認定の有効期間	年　月　日　から　年　月　日　まで有効		
市町村審査会の意見等	**固定文言２＋編集１**		
備　考	**固定文言３＋編集２**		

※裏面に注意事項を記入

固定文言４

帳票詳細要件（22）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220115
帳票名称	22.障害支援区分認定証明書		

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	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害支援区分認定者	申請番号	●			
4		認定者カナ氏名	●			
5		認定者氏名	●			
6		認定者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
7		認定者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		転出予定先(市区町村名まで)	●			
9		異動予定日	●			和暦表記
10	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
11	発行日		●			和暦表記
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	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
14	申請年月日		●			和暦表記
15	障害支援区分		●			
16	認定年月日		●			和暦表記
17	認定有効期間		●			和暦表記
18	市町村審査会の意見等 （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。
19	備考 （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。
20	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 想定される印字内容：注意事項　等

様式第１１号

(一)

障害福祉サービス受給者証

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

(二)

介護給付費の支給決定内容

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

固定文言1＋編集1

(三)

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

（四）

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

固定文言2＋編集2

（五）

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

特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円／日
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円／月
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

固定文言3＋編集3

（六）

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

固定文言4＋編集4

受給者証番号

（七）

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

（八）

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

（九）

短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計
1		年　月　日から 年　月　日まで		
2		年　月　日から 年　月　日まで		
3		年　月　日から 年　月　日まで		
4		年　月　日から 年　月　日まで		
5		年　月　日から 年　月　日まで		
6		年　月　日から 年　月　日まで		
7		年　月　日から 年　月　日まで		
8		年　月　日から 年　月　日まで		
9		年　月　日から 年　月　日まで		
10		年　月　日から 年　月　日まで		
11		年　月　日から 年　月　日まで		
12		年　月　日から 年　月　日まで		

(十)

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

(十一)

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

(十二)

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

（十三）

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

（十四）

注意事項欄
7　支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。） 8　この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 9　支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 　また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。 10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 　また、再交付を受けた後、一旦失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。 13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。
固定文言6

帳票詳細要件（23）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220116
帳票名称	23.障害福祉サービス受給者証		

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	受給者証番号		●			
4	支給決定障害者等	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。 住所＋全角スペース＋方書
5		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）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
8	児童	児童カナ氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
9		児童氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
10		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
11	障害種別		●			打ち出し形式 （例）１
12	交付年月日		●			和暦表記
13	支給市町村名		●			事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
14	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
15	介護給付費の支給決定内容	障害支援区分	●			
16		認定有効期間	●			和暦表記
17		サービス種別１	●			
18		支給量等１	●			
19		支給決定期間１	●			和暦表記
20		サービス種別２	●			
21		支給量等２	●			
22		支給決定期間２	●			和暦表記
23		サービス種別３	●			
24		支給量等３	●			
25		支給決定期間３	●			和暦表記
26		予備欄 （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。
27		サービス種別４	●			
28		支給量等４	●			
29		支給決定期間４	●			和暦表記
30		サービス種別５	●			
31		支給量等５	●			
32		支給決定期間５	●			和暦表記
33		サービス種別６	●			※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。 なお、訓練等給付費のサービス種別を印字する場合は、頭に「訓練等給付費」と印字し、訓練等給付費の印字であることをわかるようにすること。
34		支給量等６	●			※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。
35		支給決定期間６	●			和暦表記 ※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。
36		サービス種別７	●			※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。 なお、訓練等給付費のサービス種別を印字する場合は、頭に「訓練等給付費」と印字し、訓練等給付費の印字であることをわかるようにすること。
37		支給量等７	●			※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。
38		支給決定期間７	●			和暦表記 ※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。
39	訓練等給付費の支給決定内容	障害支援区分	●			
40		認定有効期間	●			和暦表記
41		サービス種別１	●			
42		支給量等１	●			
43		支給決定期間１	●			和暦表記
44		サービス種別２	●			
45		支給量等２	●			
46		支給決定期間２	●			和暦表記
47		サービス種別３	●			
48		支給量等３	●			
49		支給決定期間３	●			和暦表記
50		予備欄 （固定文言２＋編集２）	●			①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」と印字すること ②訓練等給付に係る記載事項について記載欄が不足する場合、適宜印字できること（※２） ※１介護給付費等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）　第２　Ⅸ 受給者証の交付に従う。 ※２以下の機能を利用して印字できること 文言マスタで、印字有無が「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（23）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220116
帳票名称	23.障害福祉サービス受給者証		

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	
51	計画相談支援給付費の支給内容	計画相談期間	●			和暦表記
52		相談支援事業所名	●			
53		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
54		予備欄	●			・特別地域加算対象者については、「特別地域加算対象者決定」と印字すること ・居宅介護支援費重複減算Ⅰ・Ⅱ、介護予防支援費重複減算の対象者については、「居宅介護支援費重複減算Ⅰ決定」等と印字すること ※介護給付費等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）　第２　Ⅸ 受給者証の交付に従う。
55	特定障害者特別給付費の支給内容（施設入所支援）	補足給付日額	●			
56		補足給付日額適用期間	●			和暦表記
57	特定障害者特別給付費の支給内容（共同生活援助又は重度障害者等包括支援）	補足給付月額	●			
58		補足給付月額適用期間	●			和暦表記
59		予備欄 （固定文言３＋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。
60	利用者負担に関する事項	負担上限月額	●			
61		負担上限月額適用期間	●			和暦表記
62		食事提供体制加算	●			
63		食事提供体制加算適用期間	●			和暦表記
64		利用者負担上限額管理対象者該当	●			
65		利用者負担上限額管理事業所名	●			
66		特記事項欄	●			管理項目の特記事項を印字すること ※なお、特記事項については、事務処理要領に記載された通り、特記事項の例等に示された定型的な文言、および、特に専用の記載欄を設けていない事項や、地方単独事業に係る取扱いなどで受給者証に記載すべき事項等の非定型的な文言を任意に印字可能とすること。
67		予備欄 （固定文言４＋編集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。
68	受給者証番号			●		【補足事項】 シール形式の受給者証を利用している場合、一面～三面と四面～六面で紙が分かれるため、四～六面だけを見ても対象者が特定できるように受給者証番号を印字する。
69	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。
70	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。

様式第１１号

(一)

障害福祉サービス受給者証

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

(二)

介護給付費の支給決定内容

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

固定文言1＋編集1

(三)

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

（四）

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

固定文言２＋編集2

（五）

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

特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円／日
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円／月
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

固定文言３＋編集3

（六）

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

固定文言４＋編集4

受給者証番号

帳票詳細要件（23-2）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220117
帳票名称	23-2.障害福祉サービス受給者証（プレプリント様式）		

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	受給者証番号		●			
4	支給決定障害者等	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。 住所＋全角スペース＋方書
5		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）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
8	児童	児童カナ氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
9		児童氏名	●			※対象者が障害児以外の場合は印字しない
10		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
11	障害種別		●			打ち出し形式 （例）１
12	交付年月日		●			和暦表記
13	支給市町村名		●			事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
14	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
15	介護給付費の支給決定内容	障害支援区分	●			
16		認定有効期間	●			和暦表記
17		サービス種別１	●			
18		支給量等１	●			
19		支給決定期間１	●			和暦表記
20		サービス種別２	●			
21		支給量等２	●			
22		支給決定期間２	●			和暦表記
23		サービス種別３	●			
24		支給量等３	●			
25		支給決定期間３	●			和暦表記
26		予備欄 （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。
27		サービス種別４	●			
28		支給量等４	●			
29		支給決定期間４	●			和暦表記
30		サービス種別５	●			
31		支給量等５	●			
32		支給決定期間５	●			和暦表記
33		サービス種別６	●			※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。 なお、訓練等給付費のサービス種別を印字する場合は、頭に「訓練等給付費」と印字し、訓練等給付費の印字であることをわかるようにすること。
34		支給量等６	●			※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。
35		支給決定期間６	●			和暦表記 ※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。
36		サービス種別７	●			※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。 なお、訓練等給付費のサービス種別を印字する場合は、頭に「訓練等給付費」と印字し、訓練等給付費の印字であることをわかるようにすること。
37		支給量等７	●			※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。
38		支給決定期間７	●			和暦表記 ※介護給付費のサービス種別が６個以上、あるいは訓練等給付費のサービス種別が４個以上の場合に印字すること。
39	訓練等給付費の支給決定内容	障害支援区分	●			
40		認定有効期間	●			和暦表記
41		サービス種別１	●			
42		支給量等１	●			
43		支給決定期間１	●			和暦表記
44		サービス種別２	●			
45		支給量等２	●			
46		支給決定期間２	●			和暦表記
47		サービス種別３	●			
48		支給量等３	●			
49		支給決定期間３	●			和暦表記
50		予備欄 （固定文言２＋編集２）	●			①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」と印字すること ②訓練等給付に係る記載事項について記載欄が不足する場合、適宜印字できること（※２） ※１介護給付費等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）　第２　Ⅸ 受給者証の交付に従う。 ※２以下の機能を利用して印字できること 文言マスタで、印字有無が「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（23-2）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220117
帳票名称	23-2.障害福祉サービス受給者証（プレプリント様式）		

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	
51	計画相談支援給付費の支給内容	計画相談期間	●			和暦表記
52		相談支援事業所名	●			
53		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
54		予備欄	●			・特別地域加算対象者については、「特別地域加算対象者決定」と印字すること ・居宅介護支援費重複減算Ⅰ・Ⅱ、介護予防支援費重複減算の対象者については、「居宅介護支援費重複減算Ⅰ決定」等と印字すること ※介護給付費等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）　第２　Ⅸ 受給者証の交付に従う。
55	特定障害者特別給付費の支給内容（施設入所支援）	補足給付日額	●			
56		補足給付日額適用期間	●			和暦表記
57	特定障害者特別給付費の支給内容（共同生活援助又は重度障害者等包括支援）	補足給付月額	●			
58		補足給付月額適用期間	●			和暦表記
59		予備欄 （固定文言３＋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。
60	利用者負担に関する事項	負担上限月額	●			
61		負担上限月額適用期間	●			和暦表記
62		食事提供体制加算	●			
63		食事提供体制加算適用期間	●			和暦表記
64		利用者負担上限額管理対象者該当	●			
65		利用者負担上限額管理事業所名	●			
66		特記事項欄	●			管理項目の特記事項を印字すること ※なお、特記事項については、事務処理要領に記載された通り、特記事項の例等に示された定型的な文言、および、特に専用の記載欄を設けていない事項や、地方単独事業に係る取扱いなどで受給者証に記載すべき事項等の非定型的な文言を任意に印字可能とすること。
67		予備欄 （固定文言４＋編集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。
68	受給者証番号			●		【補足事項】 シール形式の受給者証を利用している場合、一面～三面と四面～六面で紙が分かれるため、四～六面だけを見ても対象者が特定できるように受給者証番号を印字する。

様式第１２号

(一)

地域相談支援受給者証

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

(二)

地域相談支援給付費の給付決定内容

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

予備欄

固定文言１＋編集１

(三)

一般相談支援事業者記載欄

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

予備欄

固定文言２＋編集２

（四）

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

（五）

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

固定文言３

帳票詳細要件（24）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220118
帳票名称	24.地域相談支援受給者証		

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	受給者証番号		●			地域相談支援受給者証番号を印字すること。 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。
4	地域相談支援給付決定障害者	障害者居住地	●			住所＋全角スペース＋方書
5		障害者カナ氏名	●			
6		障害者氏名	●			
7		障害者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8	障害種別		●			打ち出し形式 （例） 1
9	交付年月日		●			和暦表記
10	支給市町村名		●			事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
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	地域相談支援給付費の給付決定内容	サービス種別１	●			
13		支給量等１	●			
14		支給決定期間１	●			和暦表記
15		サービス種別２	●			
16		支給量等２	●			
17		支給決定期間２	●			和暦表記
18		予備欄 （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。
19	一般相談支援事業者記載欄	予備欄 （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。
20	計画相談支援給付費の支給内容	支給期間	●			和暦表記 ※なお、計画相談支援給付費の支給内容（四面）については、障害福祉サービス受給者証の「計画相談支援給付費の支給内容（五面）」と同じ内容であることから、障害福祉サービス受給証及び地域相談支援受給者証の両方を有する者については印字しないことも可能とすること
21		指定特定相談支援事業所名	●			※なお、計画相談支援給付費の支給内容（四面）については、障害福祉サービス受給者証の「計画相談支援給付費の支給内容（五面）」と同じ内容であることから、障害福祉サービス受給証及び地域相談支援受給者証の両方を有する者については印字しないことも可能とすること
22		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、計画相談支援給付費の支給内容（四面）については、障害福祉サービス受給者証の「計画相談支援給付費の支給内容（五面）」と同じ内容であることから、障害福祉サービス受給証及び地域相談支援受給者証の両方を有する者については印字しないことも可能とすること なお、印字する各年月は和暦表記とすること
23		予備欄	●			・特別地域加算対象者については、「特別地域加算対象者決定」と印字すること ・居宅介護支援費重複減算Ⅰ・Ⅱ、介護予防支援費重複減算の対象者については、「居宅介護支援費重複減算Ⅰ決定」等と印字すること ※介護給付費等に係る支給決定事務等について（事務処理要領）　第２　Ⅸ 受給者証の交付に従う。 ※なお、計画相談支援給付費の支給内容（四面）については、障害福祉サービス受給者証の「計画相談支援給付費の支給内容（五面）」と同じ内容であることから、障害福祉サービス受給証及び地域相談支援受給者証の両方を有する者については印字しないことも可能とすること
24	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。

様式第１３号

療養介護医療受給者証

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

注意事項欄

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

帳票詳細要件（25）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220119
帳票名称	25.療養介護医療受給者証		

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	公費負担者番号		●			
4	公費受給者番号		●			
5	支給決定障害者	障害者居住地	●			住所＋全角スペース＋方書
6		障害者カナ氏名	●			
7		障害者氏名	●			
8		障害者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	負担上限額	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）	●			
12		食事療養（生活療養）	●			
13	適用期間		●			和暦表記
14	交付年月日		●			和暦表記
15	特記事項 （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。
16	支給市町村名		●			事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
17	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
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。

様式例９

（一）

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

（二）

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

（三）

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

（四）

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

（五）

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

固定文言3＋編集3

（六）

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

受給者証番号

（七）

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

（八）

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

固定文言4

（九）

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

固定文言5

帳票詳細要件（26）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220120
帳票名称	26.通所受給者証		

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	受給者証番号		●			
4	通所給付決定保護者	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。） 住所＋全角スペース＋方書
5		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
8	児童	児童カナ氏名	●			
9		児童氏名	●			
10		児童生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	交付年月日		●			和暦表記
12	支給市町村名		●			事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
13	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
14	障害児通所給付費の給付決定内容	サービス種別１	●			
15		支給量等１	●			
16		給付決定期間１	●			和暦表記
17		サービス種別２	●			
18		支給量等２	●			
19		給付決定期間２	●			和暦表記
20		特記事項欄	●			管理項目の特記事項を印字すること ※なお、特記事項については、事務処理要領に記載された通り、特記事項の例等に示された定型的な文言、および、特に専用の記載欄を設けていない事項や、地方単独事業に係る取扱いなどで受給者証に記載すべき事項等の非定型的な文言を任意に印字可能とすること。
21		予備欄 （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。
22		サービス種別３	●			
23		支給量等３	●			
24		給付決定期間３	●			和暦表記
25		サービス種別４	●			
26		支給量等４	●			
27		給付決定期間４	●			和暦表記
28		特記事項欄	●			管理項目の特記事項を印字すること ※なお、特記事項については、事務処理要領に記載された通り、特記事項の例等に示された定型的な文言、および、特に専用の記載欄を設けていない事項や、地方単独事業に係る取扱いなどで受給者証に記載すべき事項等の非定型的な文言を任意に印字可能とすること。
29		予備欄 （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。
30	障害児相談支援給付費の支給内容	障害児相談期間	●			和暦表記
31		相談支援事業所名	●			
32		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
33		予備欄	●			特別地域加算対象者については、「特別地域加算対象者決定」と印字すること ※障害児通所給付費に係る通所給付決定事務等について　第２　Ⅴ 通所受給者証の交付に従う。
34	利用者負担に関する事項	負担上限月額	●			
35		負担上限月額適用期間	●			和暦表記
36		食事提供加算	●			
37		食事提供加算適用期間	●			和暦表記
38		利用者負担上限額管理対象者該当	●			
39		利用者負担上限額管理事業者名	●			

帳票詳細要件（26）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220120
帳票名称	26.通所受給者証		

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	
40		特記事項欄	●			・多子軽減対象児童がいる場合や無償化対象児童の場合、印字すること ※障害児通所給付費に係る通所給付決定事務等について　第２　Ⅴ 通所受給者証の交付に従う。 ・同一世帯に障害通所支援を利用する障害児が複数あり、同一の保護者が通所給付決定を受けている場合は、「上限額管理対象者（複数障害児）」と記載し、障害児氏名と通所受給者証番号を印字すること。 ※障害児通所給付費に係る通所給付決定事務等について　第６　Ⅰ 利用者負担の上限額管理事務に従う。 ※なお、特記事項については、事務処理要領に記載された通り、特記事項の例等に示された定型的な文言、および、特に専用の記載欄を設けていない事項や、地方単独事業に係る取扱いなどで受給者証に記載すべき事項等の非定型的な文言を任意に印字可能とすること。
41		予備欄 （固定文言３＋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。
42	受給者証番号			●		【補足事項】 シール形式の受給者証を利用している場合、一面～三面と四面～六面で紙が分かれるため、四～六面だけを見ても対象者が特定できるように受給者証番号を印字する。
43	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。
44	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。

様式例９

（一）

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

（二）

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

（三）

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

（四）

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

（五）

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

受給者証番号

帳票詳細要件（26-2）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220121
帳票名称	26-2.通所受給者証（プレプリント様式）		

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	受給者証番号		●			
4	通所給付決定保護者	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。） 住所＋全角スペース＋方書
5		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
8	児童	児童カナ氏名	●			
9		児童氏名	●			
10		児童生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	交付年月日		●			和暦表記
12	支給市町村名		●			事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
13	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
14	障害児通所給付費の給付決定内容	サービス種別１	●			
15		支給量等１	●			
16		給付決定期間１	●			和暦表記
17		サービス種別２	●			
18		支給量等２	●			
19		給付決定期間２	●			和暦表記
20		特記事項欄	●			管理項目の特記事項を印字すること ※なお、特記事項については、事務処理要領に記載された通り、特記事項の例等に示された定型的な文言、および、特に専用の記載欄を設けていない事項や、地方単独事業に係る取扱いなどで受給者証に記載すべき事項等の非定型的な文言を任意に印字可能とすること。
21		予備欄 （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。
22		サービス種別３	●			
23		支給量等３	●			
24		給付決定期間３	●			和暦表記
25		サービス種別４	●			
26		支給量等４	●			
27		給付決定期間４	●			和暦表記
28		特記事項欄	●			管理項目の特記事項を印字すること ※なお、特記事項については、事務処理要領に記載された通り、特記事項の例等に示された定型的な文言、および、特に専用の記載欄を設けていない事項や、地方単独事業に係る取扱いなどで受給者証に記載すべき事項等の非定型的な文言を任意に印字可能とすること。
29		予備欄 （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。
30	障害児相談支援給付費の支給内容	障害児相談期間	●			和暦表記
31		相談支援事業所名	●			
32		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
33		予備欄	●			特別地域加算対象者については、「特別地域加算対象者決定」と印字すること ※障害児通所給付費に係る通所給付決定事務等について　第２　Ⅴ 通所受給者証の交付に従う。
34	利用者負担に関する事項	負担上限月額	●			
35		負担上限月額適用期間	●			和暦表記
36		食事提供加算	●			
37		食事提供加算適用期間	●			和暦表記
38		利用者負担上限額管理対象者該当	●			
39		利用者負担上限額管理事業者名	●			

帳票詳細要件（26-2）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220121
帳票名称	26-2.通所受給者証（プレプリント様式）		

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	
40		特記事項欄	●			・多子軽減対象児童がいる場合や無償化対象児童の場合、印字すること ※障害児通所給付費に係る通所給付決定事務等について　第２　Ⅴ 通所受給者証の交付に従う。 ・同一世帯に障害通所支援を利用する障害児が複数あり、同一の保護者が通所給付決定を受けている場合は、「上限額管理対象者（複数障害児）」と記載し、障害児氏名と通所受給者証番号を印字すること。 ※障害児通所給付費に係る通所給付決定事務等について　第６　Ⅰ 利用者負担の上限額管理事務に従う。 ※なお、特記事項については、事務処理要領に記載された通り、特記事項の例等に示された定型的な文言、および、特に専用の記載欄を設けていない事項や、地方単独事業に係る取扱いなどで受給者証に記載すべき事項等の非定型的な文言を任意に印字可能とすること。
41		予備欄 （固定文言３＋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。
42	受給者証番号			●		【補足事項】 シール形式の受給者証を利用している場合、一面～三面と四面～五面で紙が分かれるため、四～五面だけを見ても対象者が特定できるように受給者証番号を印字する。

様式例第１０号

肢体不自由児通所医療受給者証

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

注意事項欄

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

帳票詳細要件（27）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220122
帳票名称	27.肢体不自由児通所医療受給者証		

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	公費負担者番号		●			
4	公費受給者番号		●			
5	通所給付決定保護者	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。） 住所＋全角スペース＋方書
6		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、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、本人の氏名を印字する。）
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、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	負担上限額		●			
12	適用期間		●			
13	交付年月日		●			和暦表記
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	支給市町村名		●			事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
16	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
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。

省令第５条第126号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式第１０号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

支給（給付）決定取消通知書

固定文言１

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第２５条第１項及び第５１条の１０第１項の規定により、下記のとおり支給（給付）決定を取り消しましたので通知します。

記

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

固定文言２＋編集１

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

返還先　返還先市町村名　返還先名称　返還先住所　返還先電話番号

返還期限　返還期限日

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

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

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

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

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

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

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

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（28）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220123
帳票名称	28.支給（給付）決定取消通知書		

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	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		●			
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	支給(給付)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。
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	支給（給付） 決定取消日		●			和暦表記
14	取消理由		●			取消となったサービス種類と管理項目の取消理由を印字できること。 例 居宅介護,短期入所 サービスの利用が不要となったため
15	返還先文及び返還先 （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。 ※返還先文として印字すべき管理項目は「返還先市町村名」、「返還先名称」を想定する ※返還先として印字すべき管理項目は「返還先市町村名」、「返還先名称」、「返還先住所」、「返還先電話番号」、「返還期限日」を想定する ※なお、「返還期限日」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。 想定される印字内容：取消の対象となったサービス種類など
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127号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式例第８号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

支給決定取消通知書

固定文言１

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

記

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

固定文言２＋編集１

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

返還先　返還先市町村名　返還先名称　返還先住所　返還先電話番号

返還期限　返還期限日

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

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

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

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

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

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

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

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（29）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220124
帳票名称	29.支給決定取消通知書　※障害児通所支援に係るもの		

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	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	受給者証番号		●			
10	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、「給付決定保護者氏名」及び「給付決定に係る児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
11	支給決定取消日		●			和暦表記
12	給付決定に係る児童氏名		●			
13	取消理由		●			取消となったサービス種類と管理項目の取消理由を印字できること。 例 児童発達支援,保育所等訪問支援 サービスの利用が不要となったため
14	返還先文及び返還先 （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。 ※返還先文として印字すべき管理項目は「返還先市町村名」、「返還先名称」を想定する ※返還先として印字すべき管理項目は「返還先市町村名」、「返還先名称」、「返還先住所」、「返還先電話番号」、「返還期限日」を想定する ※なお、「返還期限日」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
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：取消の対象となったサービス種類など
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128号関係
適合基準日：令和８年４月１日

窓空宛名

様式第２１号

第　　号
年　　月　　日

市町村長　　印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５１条の１７第１項・児童福祉法第２４条の２６第１項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

固定文言１

記

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

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に　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（30）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220125
帳票名称	30.計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書		

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	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決定取消通知書の場合、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決定取消通知書の場合、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決定取消通知書の場合、通所受給者証番号の印字が行えること
12	支給取消に係る 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、「支給取消に係る児童名」及び「支給取消に係る障害者（保護者）」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
13	支給取消に係る 児童名		●			
14	支給取消日		●			和暦表記
15	取消理由		●			管理項目の取消理由を印字できること
16	障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証提出先及び提出期限 （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」、「提出期限日」を想定する ※なお、「提出期限日」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
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：取消の対象となったサービス種類など
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129号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害福祉サービス申請手続きのお知らせ（18 歳到達）

○○市（町村）長　印

固定文言１

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

記

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

自由記載１

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　所　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（31）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220126
帳票名称	31.障害福祉サービス申請手続きのお知らせ（18歳到達）		

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	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	受給者証番号		●			
10	氏名		●			保護者の情報を印字すること。
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	支給決定に係る児童氏名		●			
13	現在の支給内容		●			
14	年齢到達日		●			和暦表記
15	提出書類		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
16	申請期限		●			和暦表記 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
17	申請先		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
18	備考 （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
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

省令第５条第130号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

介護保険要介護（要支援）認定申請のお知らせ

○○市（町村）長　印

固定文言１

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

記

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

自由記載１

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

帳票詳細要件（32）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220127
帳票名称	32.介護保険要介護（要支援）認定申請のお知らせ		

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	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	受給者証番号		●			
10	氏名		●			
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	現在の支給内容		●			
13	年齢到達日		●			和暦表記
14	提出書類		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
15	申請期限		●			和暦表記 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	申請先		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
17	備考 （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
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131号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

障害支援区分更新のお知らせ

○○市（町村）長　印

固定文言１

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

記

受給者証番号		氏　　名	
住　　所			
現在の障害支援区分			
認定期間終了日			
提出書類			
申請期限			
申　　請　　先			
備　　考	固定文言２　＋　編集１		

自由記載１

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（33）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220128
帳票名称	33.障害支援区分更新のお知らせ		

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	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	受給者証番号		●			
10	氏名		●			
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	現在の障害支援区分		●			
13	認定期間終了日		●			和暦表記
14	提出書類		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
15	申請期限		●			和暦表記 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	申請先		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
17	備考 （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
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132号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

支給期間更新のお知らせ（介護給付費等）

○○市（町村）長　印

固定文言１

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

記

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

自由記載１

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

帳票詳細要件（34）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220129
帳票名称	34.支給期間更新のお知らせ（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	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	受給者証番号		●			
10	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	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
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	更新の対象となるサービスの内容		●			
14	支給期間終了日		●			和暦表記
15	提出書類		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
16	申請期限		●			和暦表記 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
17	申請先		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
18	備考 （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
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

省令第５条第133号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

利用者負担適用期間更新のお知らせ（介護給付費等）

○○市（町村）長　印

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

固定文言１

記

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

自由記載１

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

帳票詳細要件（35）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220130
帳票名称	35.利用者負担適用期間更新のお知らせ（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	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	受給者証番号		●			
10	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	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
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	現在の認定内容		●			利用者負担額の更新に係る、現在の利用者負担上限月額、特定障害者特別給付費の額、療養介護医療に係る負担上限月額を印字すること。 例 利用者負担上限月額　0円 特定障害者特別給付費　1,777円 療養介護医療に係る負担上限月額　11,120円 食事療養に係る負担上限月額　14,880円
14	適用期間終了日		●			和暦表記
15	提出書類		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
16	申請期限		●			和暦表記 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
17	申請先		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
18	備考 （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
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

窓空宛名

様式第１６号

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

固定文言１

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（第２２条第４項　第２４条第３項　第５１条の７第４項）・児童福祉法（第２１条の５の７第４項、第２１条の５の８第３項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。
提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

固定文言２

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

固定文言３

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

自由記載１

固定文言４＋編集１

提出先　　担当部署　　住所

電話番号

提出期限　　年　　月　　日

自由記載２

帳票詳細要件（36）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220131
帳票名称	36.サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書		

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	依頼文 （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	提出書類１ （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	提出書類２ （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	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：作成を依頼する対象者を印字する
12	提出先文及び提出先 （固定文言４＋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「提出部署」、「住所」、「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
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。

省令第５条第135号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

支給期間更新のお知らせ（障害児通所給付費）

○○市（町村）長　印

固定文言１

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

記

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

自由記載１

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

帳票詳細要件（37）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220132
帳票名称	37.支給期間更新のお知らせ（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	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	受給者証番号		●			
10	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、「氏名」及び「支給決定に係る児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
11	住所		●			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。）
12	支給決定に係る児童氏名		●			
13	更新の対象となるサービスの内容		●			
14	支給期間終了日		●			和暦表記
15	提出書類		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
16	申請期限		●			和暦表記 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
17	申請先		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
18	備考 （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
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

省令第５条第136号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

利用者負担適用期間更新のお知らせ（障害児通所給付費）

○○市（町村）長　印

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

記

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

自由記載１

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

帳票詳細要件（38）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220133
帳票名称	38.利用者負担適用期間更新のお知らせ（障害児通所給付費）		

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	受給者証番号		●			
10	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、「氏名」及び「支給決定に係る児童氏名」欄にそれぞれ本人の氏名を印字する。）
11	住所		●			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。）
12	支給決定に係る児童氏名		●			
13	現在の認定内容		●			利用者負担額の更新に係る、現在の利用者負担上限月額（多子軽減対象、無償化対象の有無）、肢体不自由児通所医療費に係る負担上限月額を印字すること。 例 利用者負担上限月額　37,200円 多子軽減対象　第２子軽減対象児童 無償化対象　該当 肢体不自由児通所医療費に係る負担上限月額　40,200円
14	適用期間終了日		●			和暦表記
15	提出書類		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
16	申請期限		●			和暦表記 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
17	申請先		●			パラメタなどにより任意に指定した文言の印字が行えること
18	備考 （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
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

省令第５条第137号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式番号

事業者宛

第　　号
年　　月　　日

認定調査依頼書

○○市（町村）長　印

その申請者について、障害支援区分の認定に必要な認定調査を依頼します。

固定文言１

記

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

（更新）申請日 認定調査票提出期限	

自由記載１

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

固定文言２

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

帳票詳細要件（39）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220134
帳票名称	39.認定調査依頼書		

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	窓空宛名		●			調査予定委託事業者の宛名を印字すること
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	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	申請者番号		●			
10	手帳番号	身体障害者手帳	●			
11		療育手帳	●			
12		精神障害者保健福祉手帳	●			
13	難病		●			
14	フリガナ		●			
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		電話番号	●			
19		住所	●			
20	申請日		●			和暦表記
21	認定調査票提出期限		●			和暦表記
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	注意事項 （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	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
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138号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式番号

医師宛

第　　号
年　　月　　日

医師意見書作成依頼書

○○市（町村）長　印

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

固定文言１＋編集１

記

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

自由記載１

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

帳票詳細要件（40）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220135
帳票名称	40.医師意見書作成依頼書		

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	窓空宛名		●			意見書作成医師を印字すること
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
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
9	申請者番号		●			
10	フリガナ		●			
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	郵便番号	●			
14		電話番号	●			
15		住所	●			
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

様式番号

医師意見書作成料請求書

			年			月分

市町村名		市町村番号							

申請者		
	申請者番号	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	

請求医療機関		
	医療機関コード	
	固定文言名1赤	
	所在地	〒 電話番号

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

※ 印の欄は記入しないでください。

意見書作成料	種別			金額							円

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

◎太枠は、必ず済記入してください。

固定文言２

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

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

	在宅	施設
新規申請者		
継続申請者		

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

「医師の判断に基づき行う検査の範囲」

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

自由記載１

帳票詳細要件（41）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220136
帳票名称	41.医師意見書作成料請求書		

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	年月		●			元号のみ印字すること
4	市町村名		●			
5	市町村番号		●			6桁の市町村番号を印字すること
6	申請者	申請者番号	●			障害者の情報を印字すること
7		フリガナ	●			障害者の情報を印字すること
8		氏名	●			障害者の情報を印字すること
9		生年月日	●			障害者の情報を印字すること
10	請求医療機関	医療機関コード		●		※医療機関コード～所在地・電話番号は医療機関に記載していただくこともあるため標準オプションとする。
11		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 ※項目として医療機関名称および代表者名の記載欄としたいとの意見より、固定文言とする。
12		医療機関名称		●		※医療機関コード～所在地・電話番号は医療機関に記載していただくこともあるため標準オプションとする。
13		所在地　郵便番号		●		
14		所在地　住所		●		
15		所在地　電話番号		●		
16	作成依頼日		●			和暦表記
17	意見書作成料	種別 （1.在宅　2.施設）	●			在宅・施設入所区分コードより印字すること
18		種別 （1.新規　2.継続）	●			新規・継続区分コードより印字すること
19		金額	●			在宅・施設入所区分コードおよび新規・継続区分コードより判断し金額を印字すること
20	請求額	意見書作成料	●			在宅・施設入所区分コードおよび新規・継続区分コードより判断し金額を印字すること
21	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	意見書作成料	新規申請者・在宅	●			パラメタなどで設定したものを印字すること
23		新規申請者・施設	●			パラメタなどで設定したものを印字すること
24		継続申請者・在宅	●			パラメタなどで設定したものを印字すること
25		継続申請者・施設	●			パラメタなどで設定したものを印字すること
26	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

○／○
出力日

取 扱 注 意

市町村審査会対象者一覧

合議体番号：
審査予定日　　審査
計：　　件

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

帳票詳細要件（42）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220137
帳票名称	42.市町村審査会対象者一覧		

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		●			「該当のページ番号／全ページ数」で印字すること
4	出力日		●			和暦表記
5	合議体番号		●			
6	審査予定日		●			和暦表記
7	対象者件数		●			
8	1人目	項番	●			通し番号
9		申請区分	●			
10		障害種別	●			身体障害者は「身」、知的障害者は「知」、精神障害者は「精」、難病対象者は「難」を区切りで印字。区切り文字は"／"、"・"などを使用すること 例：身体障害者、難病対象者の場合、「身／難」
11		性別	●			
12		年齢	●			
13		一次判定	●			
14	2人目	項番	●			通し番号
15		申請区分	●			
16		障害種別	●			身体障害者は「身」、知的障害者は「知」、精神障害者は「精」、難病対象者は「難」を区切りで印字。区切り文字は"／"、"・"などを使用すること 例：身体障害者、難病対象者の場合、「身／難」
17		性別	●			
18		年齢	●			
19		一次判定	●			
20	・・・					
21	N人目	項番	●			通し番号
22		申請区分	●			
23		障害種別	●			身体障害者は「身」、知的障害者は「知」、精神障害者は「精」、難病対象者は「難」を区切りで印字。区切り文字は"／"、"・"などを使用すること 例：身体障害者、難病対象者の場合、「身／難」
24		性別	●			
25		年齢	●			
26		一次判定	●			
27	※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141号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式番号

○／○
出力日

取 扱 注 意

市町村審査会対象者一覧（事務局用）

合議体番号：

計：　　審査　件

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

帳票詳細要件（43）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220138
帳票名称	43.市町村審査会対象者一覧（事務局用）		

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		●			「該当のページ番号／全ページ数」で印字すること
4	出力日		●			和暦表記
5	合議体番号		●			
6	審査予定日		●			和暦表記
7	対象者件数		●			
8	1人目	項番	●			通し番号
9		市町村番号	●			
10		申請者番号	●			
11		受給者証番号	●			
12		調査対象者	●			
13		申請区分	●			
14		障害種別	●			身体障害者は「身」、知的障害者は「知」、精神障害者は「精」、難病対象者は「難」を区切りで印字。区切り文字は"／"、"・"などを使用すること 例：身体障害者、難病対象者の場合、「身／難」
15		性別	●			
16		年齢	●			
17		前回二次判定結果	●			
18		前回認定有効期間	●			
19		一次判定	●			
20		二次判定	●			
21		認定有効期間	●			
22		変更事項	●			
23		審査会意見等	●			
24	2人目	項番	●			通し番号
25		市町村番号	●			
26		申請者番号	●			
27		受給者証番号	●			
28		調査対象者	●			
29		申請区分	●			
30		障害種別	●			身体障害者は「身」、知的障害者は「知」、精神障害者は「精」、難病対象者は「難」を区切りで印字。区切り文字は"／"、"・"などを使用すること 例：身体障害者、難病対象者の場合、「身／難」
31		性別	●			
32		年齢	●			
33		前回二次判定結果	●			
34		前回認定有効期間	●			
35		一次判定	●			
36		二次判定	●			
37		認定有効期間	●			
38		変更事項	●			
39		審査会意見等	●			
40	・・・					
41	N人目	項番	●			通し番号
42		市町村番号	●			
43		申請者番号	●			
44		受給者証番号	●			
45		調査対象者	●			
46		申請区分	●			
47		障害種別	●			身体障害者は「身」、知的障害者は「知」、精神障害者は「精」、難病対象者は「難」を区切りで印字。区切り文字は"／"、"・"などを使用すること 例：身体障害者、難病対象者の場合、「身／難」
48		性別	●			
49		年齢	●			
50		前回二次判定結果	●			
51		前回認定有効期間	●			
52		一次判定	●			
53		二次判定	●			
54		認定有効期間	●			
55		変更事項	●			
56		審査会意見等	●			
57	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

様式番号

世帯状況・収入等申告書（介護給付費等）

市町村長名　　様

申告年月日　　年　　月　　日
申告者住所
氏名

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

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

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

固定文言２

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円

(2) 収入等の状況
収入（A）（年収）

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

必要経費（B）

種　類	内　容	金　額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

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

固定文言３

自由記載１

帳票詳細要件（44）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220139
帳票名称	44.世帯状況・収入等申告書（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	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
4	世帯の状況等について （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	申請者	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。
6		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
7	世帯員	世帯員１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		世帯員２個人番号			●	
9		世帯員３個人番号			●	
10		世帯員４個人番号			●	
11		世帯員５個人番号			●	
12	申請者の収入の状況について （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	記入上の注意 （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	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：申告内容の利用に関する同意欄　等

様式番号

世帯状況・収入等申告書（障害児通所給付費）

市町村長名　　様

申告年月日　　年　　月　　日
申告者住所
氏名

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

固定文言１

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

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

固定文言２

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円

(2) 収入等の状況
収入（A）（年収）

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

必要経費（B）

種　類	内　容	金　額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

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

固定文言３

自由記載１

帳票詳細要件（45）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220140
帳票名称	45.世帯状況・収入等申告書（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	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
4	世帯の状況等について （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	申請者	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、本人の氏名を印字する。）
6		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、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
7	世帯員	世帯員１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		世帯員２個人番号			●	
9		世帯員３個人番号			●	
10		世帯員４個人番号			●	
11		世帯員５個人番号			●	
12	申請者の収入の状況について （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	記入上の注意 （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	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：申告内容の利用に関する同意欄　等

省令第５条第144号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　　印

障害支援区分認定結果の情報提供について

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

固定文言１＋編集１

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

自由記載１

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

帳票詳細要件（46）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220141
帳票名称	46.障害支援区分認定結果の情報提供について		

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	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		●			意見書作成医師を印字すること
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	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。
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	障害支援区分		●			打ち出し形式　（例１）区分２　（例２）非該当
11	障害支援区分の認定の有効期間		●			和暦表記
12	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
13	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。
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	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145号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　　印

市町村審査会開催通知書

以下のとおり、市町村審査会を開催いたします。

固定文言１

―

日　時	
会　場	
固定文言２ 備　考	**固定文言３＋編集１**

自由記載１

（お問合せ先）

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

帳票詳細要件（47）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220142
帳票名称	47.市町村審査会開催通知書		

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		●			審査委員を印字すること
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	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	日時		●			審査会予定日（和暦表記）、審査会開始時刻、審査会終了時刻を印字すること 例：令和4年7月20日　9:00～11:00
10	会場		●			
11	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
12	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。
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	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
15		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
16		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
17		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
18		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146号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　　印

受診依頼書

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

固定文言１＋編集１

受診者氏名	

受診する医療機関	名　　称	
	担当医師名	
	所　在　地	
	電話番号	

自由記載１

（お問合せ先）

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

帳票詳細要件（48）

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票ID	0220143
帳票名称	48.受診依頼書		

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	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	宛名		●			審査委員を印字すること
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	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。
9	受診者氏名		●			障害支援区分認定対象者本人の氏名を印字すること
10	受診する医療機関	名称	●			
11		担当医師名	●			
12		所在地	●			
13		電話番号	●			
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	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

様式番号

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の給付要件確認に関する届出書

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施行令第四十七条第六項に規定される高額障害福祉サービス等給付費の給付要件確認のため、関係書類を添えて届出します。

届出年月日　　年　　月　　日

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

①　６５歳到達前日までの状況については以下のとおりです。

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

固定文言２

②　６５歳到達日の状況については以下のとおりです。

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

固定文言３

③　　年　　月　～　　年　　月の状況については以下のとおりです。

介護保険	□ 利用している　□ 利用していない ※　利用している場合には介護保険被保険者証を添付してください。		
市町村民税の状況	□ 課税　□ 非課税		
生活保護の受給	□ 受給している　□ 受給していない ※ 市町村名 以外で生活保護を受給している場合は、生活保護受給証明書を添付してください。		
フリガナ		生年月日	年　月　日
配偶者氏名			

固定文言４

固定文言５

〈記入上の注意事項〉
１．　変更事項および訂正箇所がある場合は該当事項を二重線で消し、正しい事項を記入してください。
２．　年 年1月1日　時点で住民票が　市町村名 にある方については、この届出にもとづき、住所・所得等は住民基本台帳および課税台帳等の公簿により確認させていただきます。

固定文言６

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

自由記載１

帳票詳細要件（01）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220144
帳票名称	01.令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の給付要件確認に関する届出書		

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	市町村長名		●			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	対象候補者	フリガナ	●			
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		受給者証番号	●			
9		被保険者証番号	●			
10		65歳到達日	●			和暦表記
11		保険者番号	●			
12		郵便番号	●			
13		住所	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
14		電話番号	●			
15	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
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	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
18	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
19	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
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。

様式番号

委任状

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

固定文言１

記

（受　任　者）

市町村長名　様

年　　月　　日

（委　任　者）

住　所

氏　名

自由記載１

帳票詳細要件（02）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220145
帳票名称	02.高額障害福祉サービス等給付費の代理受領に係る委任状		

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
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	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

委任状

私は、下記の者に対して、私に支給される障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十七条第六項に規定される高額障害福祉サービス等給付費について、私に 代わって受領し、かつ、受領した額を市町村名に納入することを委任します。

固定文言１

記

（受　任　者）

市町村長名　様

年　　月　　日

（委　任　者）

住　所

氏　名

自由記載１

帳票詳細要件（03）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220146
帳票名称	03.令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の代理受領に係る委任状（生活保護）		

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
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	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150号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ

下記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給対象となる可能性がありますのでお知らせします。

固定文言１

対象年月毎の支給予定額は、別紙のサービス利用年月別明細をご参照ください。

記

受給者氏名		生年月日	
対象年月			
自己負担額		支給（予定）額	

支給を希望する場合は、同封の「高額障害福祉サービス等給付費支給申請書」を下記宛に提出してください。

固定文言２＋編集１

自由記載１

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

帳票詳細要件（04）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220147
帳票名称	04.令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ		

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	タイトル		●			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	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	受給者	受給者氏名	●			
10		受給者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		対象年月	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字、印字例「サービス利用年月別明細　参照」
12		自己負担額	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる自己負担額を印字。印字例「4,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字、印字例「サービス利用年月別明細　参照」
13		支給（予定）額	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる支給（予定）額を印字。印字例「400円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字、印字例「サービス利用年月別明細　参照」
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 ※提出先として印字すべき管理項目は「提出期限」等を想定するが、「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
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151号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ

下記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

固定文言１

対象年月毎の支給予定額は、別紙のサービス利用年月別明細をご参照ください。

記

受給者氏名		生年月日	
対象年月			
自己負担額		支給（予定）額	

支給を希望する場合は、同封の「令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書」を下記宛に提出してください。

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（05）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220148
帳票名称	05.令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ		

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	タイトル		●			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	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	受給者	受給者氏名	●			
10		受給者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		対象年月	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字、印字例「サービス利用年月別明細　参照」
12		自己負担額	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる自己負担額を印字。印字例「4,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字、印字例「サービス利用年月別明細　参照」
13		支給（予定）額	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる支給（予定）額を印字。印字例「400円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字、印字例「サービス利用年月別明細　参照」
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。 ※提出先として印字すべき管理項目は「提出期限」等を想定するが、「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
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152号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ

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

固定文言１

対象年月毎の支給予定額は、別紙のサービス利用年月別明細をご参照ください。

記

受給者氏名		生年月日	
対象年月			
自己負担額		支給（予定）額	

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

固定文言２＋編集１

自由記載１

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

帳票詳細要件（06）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220149
帳票名称	06.高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ		

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	タイトル		●			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	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	受給者	受給者氏名	●			
10		受給者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		対象年月	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
12		自己負担額	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる自己負担額を印字。印字例「4,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
13		支給（予定）額	●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる支給（予定）額を印字。印字例「400円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
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。 ※提出先として印字すべき管理項目は「提出期限」等を想定するが、「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
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153号関係

様式第２２号

令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

市町村長名　様

次のとおり関係書類を添えて障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

固定文言１

申請年月日　　年　　月　　日

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

同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名	生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法 制度	受給者証番号・被保険者証番号
			①	
			②	
	個人番号		③	
			①	
			②	
	個人番号		③	
			①	
			②	
	個人番号		③	

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

固定文言２

受取口座	☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 ☐ 以下の口座を振込先とする。			
口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 （　　）	本店 支店 出張所 （　　）	種目 1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人カナ			

固定文言３

申請書提出者	☐申請者本人　☐申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

自由記載１

帳票詳細要件（07）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220150
帳票名称	07.令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書		

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	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
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	申請者	申請者カナ氏名	●			
6		申請者氏名	●			
7		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。）
8		申請者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		申請者居住地	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
10		申請者電話番号	●			
11		受給者証番号・被保険者証番号①	●			
12		受給者証番号・被保険者証番号②	●			
13		受給者証番号・被保険者証番号③	●			
14	支給決定に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			
15		児童氏名	●			
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	サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる世帯の支払合計額を印字。印字例「40,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
19	サービス利用月の申請者における対象費用の支払合計額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる申請者の支払合計額を印字。印字例「4,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
20	申請に係るサービス利用月		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
21	同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名①	●			
22		個人番号①			●	
23		生年月日①	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
24		受給者証番号・被保険者証番号①－１	●			
25		受給者証番号・被保険者証番号①－２	●			
26		受給者証番号・被保険者証番号①－３	●			
27		氏名②	●			
28		個人番号②			●	
29		生年月日②	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
30		受給者証番号・被保険者証番号②－１	●			
31		受給者証番号・被保険者証番号②－２	●			
32		受給者証番号・被保険者証番号②－３	●			
33		氏名③	●			
34		個人番号③			●	
35		生年月日③	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
36		受給者証番号・被保険者証番号③－１	●			
37		受給者証番号・被保険者証番号③－２	●			
38		受給者証番号・被保険者証番号③－３	●			
39	※世帯員が4人以上の場合は2ページ以降に改ページして印字すること					
40	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
41	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
42	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２８号

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

市町村長名　様

固定文言１

次のとおり関係書類を添えて障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ											①障害者総合支援法　②介護保険法										
申請者氏名											制度	受給者証番号・被保険者証番号									
生年月日	年　月　日										①										
個人番号											②										
居住地	〒 電話番号																				
フリガナ							生年月日				個人番号										
配偶者氏名																					

サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額（注）		申請に係るサービス利用月	年　月分	65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無	□無 □有

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。
（注）支払額を証する領収書を添付してください。

固定文言２

受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。																				
口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 （　　）				本店 支店 出張所 （　　）				種目	口座番号											
	金融機関コード				店舗コード				1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他												
	ゆうちょ銀行	記号							番号												
	口座名義人カナ																				

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

自由記載１

帳票詳細要件（08）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220151
帳票名称	08.令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書		

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	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
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	申請者	申請者カナ氏名	●			
6		申請者氏名	●			
7		申請者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		申請者居住地	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
9		申請者電話番号	●			
10		受給者証番号・被保険者証番号①	●			
11		受給者証番号・被保険者証番号②	●			
12	サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる障害福祉相当介護保険サービス支払額を印字。印字例「40,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
13	申請に係るサービス利用月		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
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	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	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155号関係

様式例第１３号

高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書

市町村長名　様

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

固定文言１

申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ		①障害者総合支援法　②児童福祉法　③介護保険法	
申請者氏名 （給付決定保護者等氏名）		制　度	受給者証番号・被保険者証番号
		①	
生年月日		②	
個人番号		③	
居住地	〒　　電話番号		
フリガナ		続　柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年　月　日
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		申請に係るサービス利用月	年　月分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			

同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名	生年月日	①障害者総合支援法　②児童福祉法　③介護保険法
			制　度　受給者証番号・被保険者証番号
			①
			②
	個人番号		③
			①
			②
	個人番号		③
			①
			②
	個人番号		③

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

固定文言２

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

固定文言３

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 （　　）	本店 支店 出張所 （　　）	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	１普通預金 ２当座預金 ４貯蓄預金 ９その他	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人カナ			

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

自由記載１

帳票詳細要件（09）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220152
帳票名称	09.高額障害児（通所・入所）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	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	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
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	申請者	申請者カナ氏名	●			
6		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。）
7		申請者氏名	●			
8		申請者生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		申請者居住地	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
10		申請者電話番号	●			
11		受給者証番号・被保険者証番号①	●			
12		受給者証番号・被保険者証番号②	●			
13		受給者証番号・被保険者証番号③	●			
14	支給決定に係る児童氏名	児童カナ氏名	●			
15		児童氏名	●			
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	サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる世帯の支払合計額を印字。印字例「40,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
19	サービス利用月の申請者における対象費用の支払合計額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる申請者の支払合計額を印字。印字例「4,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
20	申請に係るサービス利用月		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
21	同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名①	●			
22		個人番号①			●	
23		生年月日①	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
24		受給者証番号・被保険者証番号①－１	●			
25		受給者証番号・被保険者証番号①－２	●			
26		受給者証番号・被保険者証番号①－３	●			
27		氏名②	●			
28		個人番号②			●	
29		生年月日②	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
30		受給者証番号・被保険者証番号②－１	●			
31		受給者証番号・被保険者証番号②－２	●			
32		受給者証番号・被保険者証番号②－３	●			
33		氏名③	●			
34		個人番号③			●	
35		生年月日③	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
36		受給者証番号・被保険者証番号③－１	●			
37		受給者証番号・被保険者証番号③－２	●			
38		受給者証番号・被保険者証番号③－３	●			
39	※世帯員が4人以上の場合は2ページ以降に改ページして印字すること					
40	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
41	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
42	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２３号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十七条第一項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１

記

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

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

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

不服申立て及び取消訴訟

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

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

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

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

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

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

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

（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	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220153
帳票名称	10.令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書		

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	タイトル		●			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	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	支給決定障害者（保護者）氏名		●			対象者が障害児の場合は、申請に係るサービス利用月時点の保護者情報を印字すること。
10	受給者証番号		●			
11	支給決定に係る児童氏名		●			
12	申請年月日		●			和暦表記
13	決定年月日		●			和暦表記
14	本人支払額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる本人支払額を印字。印字例「4,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
15	申請に係るサービス利用月		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
16	支給		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 打ち出し形式（例）支給　or　不支給 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
17	支給金額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる支給金額を印字。印字例「400円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
18	不支給の理由		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 不支給の理由を印字 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
19	振込先	金融機関	●			
20		口座種目	●			
21		口座番号	●			
22		口座名義人	●			半角カナ表記
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	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
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に、市区町村名から設定すること
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

様式第２９号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十七条第六項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

固定文言１

記

対象者氏名		受給者証番号									

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

固定文言２

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における[illegible]の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

不服申立て及び取消訴訟

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

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

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

(1)　審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき。

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

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

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

（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	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220154
帳票名称	11.令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）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	タイトル		●			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	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	対象者氏名		●			
10	受給者証番号		●			
11	申請年月日		●			和暦表記
12	決定年月日		●			和暦表記
13	障害福祉相当介護保険サービスに係る本人支払額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる障害福祉相当介護保険サービスに係る本人支払額を印字。印字例「4,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
14	申請に係る障害福祉相当介護保険サービスの利用月		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
15	支給		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 打ち出し形式（例）支給　or　不支給 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
16	支給金額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる支給金額を印字。印字例「400円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
17	不支給の理由		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 不支給の理由を印字 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
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	振込先	金融機関	●			
20		口座種目	●			
21		口座番号	●			
22		口座名義人	●			半角カナ表記
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	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
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に、市区町村名から設定すること
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158号関係

様式例第１４号

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　　印

窓空宛名

高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書

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

固定文言１

記

給付決定保護者 氏名		受給者 証番号	
給付決定に係る 児　童　氏　名			

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

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

自由記載１

不服申立て及び取消訴訟

【高額障害児通所給付費の場合】

１　この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して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、○○県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。

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

(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。

不服申立て及び取消訴訟

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

(3)　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

【高額障害児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して３か月以内に都道府県名２知事（市長）に対し審査請求をすることができます。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か月以内に都道府県名３（市）を被告として（訴訟において都道府県名４（市）を代表する者は都道府県名５知事（市長）となります。）、提起することができます。

なお、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か月以内に提起することができます。

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（12）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220155
帳票名称	12.高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）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	タイトル		●			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	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		●			
9	給付決定保護者氏名		●			対象者が障害児の場合は、申請に係るサービス利用月時点の保護者情報を印字すること。
10	受給者証番号		●			
11	給付決定に係る児童氏名		●			
12	申請年月日		●			和暦表記
13	決定年月日		●			和暦表記
14	本人支払額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる本人支払額を印字。印字例「4,000円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
15	申請に係るサービス利用月		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となるサービス提供年月を和暦で印字。印字例「令和４年４月」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
16	支給		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 打ち出し形式（例）支給　or　不支給 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
17	支給金額		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 対象となる支給金額を印字。印字例「400円」 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
18	不支給の理由		●			サービス利用年月別明細の利用有無により分けて印字すること。 〇利用なし 不支給の理由を印字 〇利用あり サービス利用年月別明細を参照とわかる文言を印字。印字例「サービス利用年月別明細　参照」
19	振込先	金融機関	●			
20		口座種目	●			
21		口座番号	●			
22		口座名義人	●			半角カナ表記
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	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
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に、市区町村名から設定すること
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

様式番号

口座振込依頼書

御中

依頼日　　年　　月　　日

依頼元

課

振込 指定日	

振込指定日に、下記のとおりお支払下さい

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

小　計	口数		振込金額	
合　計	口数		振込金額	

帳票詳細要件（13）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220156
帳票名称	13.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		●			
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	振込先①	No	●			通し番号
10		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
11		預金種目	●			
12		口座番号	●			
13		口座名義人	●			半角カナ表記
14		振込金額	●			
15	振込先②	No	●			通し番号
16		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
17		預金種目	●			
18		口座番号	●			
19		口座名義人	●			半角カナ表記
20		振込金額	●			
21	・・・					
22	振込先N	No	●			通し番号
23		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
24		預金種目	●			
25		口座番号	●			
26		口座名義人	●			半角カナ表記
27		振込金額	●			
28	小計口数		●			全角数値表記
29	小計支払金額		●			
30	合計口数		●			全角数値表記
31	合計支払金額		●			
32	※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

第　　号
年　　月　　日

市町村長　印

支払通知書

下記のとおり　ご指定の預金口座に振込をしましたので、通知します。

固定文言１

記

受　取　人　氏　名		
振込情報	金融機関名	
	支　店　名	
	口座種別	
	口座番号	
	口座名義人カナ	
	振込年月日	
	振　込　額	
備　考		**固定文言２＋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（14）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220157
帳票名称	14.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	タイトル		●			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	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	受取人氏名		●			受給者氏名を印字する
10	金融機関名		●			
11	支店名		●			
12	口座種別		●			
13	口座番号		●			下4桁を除きアスタリスクを印字すること
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＋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161号関係

様式番号

支出内訳書

依頼日　　年　　月　　日

依頼元

支払 指定日	

支払指定日に、下記のとおりお支払下さい

No	受給者名	受給者住所	支払金額	固定文言１ 備　考
				編集１

小　計	口数		支払金額	
合　計	口数		支払金額	

帳票詳細要件（15）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220158
帳票名称	15.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		●			
4	依頼日		●			和暦表記
5	依頼元		●			
6	支払指定日		●			和暦表記
7	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
8	支払先①	No	●			通し番号
9		受給者名	●			
10		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
11		支払金額	●			
12		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	支払先②	No	●			
14		対象者名	●			
15		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16		支払金額	●			
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	・・・					
19	支払先N	No	●			
20		対象者名	●			
21		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
22		支払金額	●			
23		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
24	小計口数		●			全角数値表記
25	小計支払金額		●			
26	合計口数		●			全角数値表記
27	合計支払金額		●			
28	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

様式番号

令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

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

自由記載１

帳票詳細要件（16）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220159
帳票名称	16.令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名（対象者が障害児の場合は保護者名）を印字する
5	児童氏名		●			支給決定に係る児童氏名を印字する
6	明細 ※対象件数に応じて印字	対象年月	●			和暦表記
7		自己負担額	●			受給者が支払った金額
8		支給（予定）額	●			受給者に支給する予定の金額
9		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
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 ※想定される印字内容：世帯算定基準額、支給済金額　等
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。

様式番号

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

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

自由記載１

帳票詳細要件（17）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220160
帳票名称	17.令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名を印字する
5	明細 ※対象件数に応じて印字	対象年月	●			和暦表記
6		自己負担額	●			受給者が支払った金額
7		支給（予定）額	●			受給者に支給する予定の金額
8		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
9		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 ※想定される印字内容：世帯算定基準額、支給済金額　等
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。

様式番号

高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ
（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

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

自由記載１

帳票詳細要件（18）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220161
帳票名称	18.高額障害児（通所・入所）給付費給付のお知らせ（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名（対象者が障害児の場合は保護者名）を印字する
5	児童氏名		●			支給決定に係る児童氏名を印字する
6	明細 ※対象件数に応じて印字	対象年月	●			和暦表記
7		自己負担額	●			
8		支給（予定）額	●			
9		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
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 ※想定される印字内容：世帯算定基準額、支給済金額　等
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。

様式番号

令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

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

自由記載１

帳票詳細要件（19）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220162
帳票名称	19.令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名（対象者が障害児の場合は、支給決定に係る児童氏名）を印字する
5	児童氏名		●			支給決定に係る児童氏名を印字する
6	明細 ※対象件数に応じて印字	サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額	●			
7		サービス利用月の申請者における対象費用の支払合計額	●			
8		申請に係るサービス利用月	●			和暦表記
9		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
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 ※想定される印字内容：世帯算定基準額、支給済金額　等
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。

様式番号

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額	申請に係るサービス利用月	固定文言１ 備考
		固定文言２＋編集１

自由記載１

帳票詳細要件（20）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220163
帳票名称	20.令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名を印字する
5	明細 ※対象件数に応じて印字	サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額	●			
6		申請に係るサービス利用月	●			和暦表記
7		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
8		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 ※想定される印字内容：世帯算定基準額、支給済金額　等
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。

様式番号

高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書
（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

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

自由記載１

帳票詳細要件（21）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220164
帳票名称	21.高額障害児（通所・入所）給付費支給申請書（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名氏名（対象者が障害児の場合は保護者名）を印字する
5	児童氏名		●			支給決定に係る児童氏名を印字する
6	明細 ※対象件数に応じて印字	サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額	●			
7		サービス利用月の申請者における対象費用の支払合計額	●			
8		申請に係るサービス利用月	●			和暦表記
9		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
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 ※想定される印字内容：世帯算定基準額、支給済金額　等
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。

様式番号

令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

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

自由記載１

帳票詳細要件（22）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220165
帳票名称	22.令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名（対象者が障害児の場合は保護者名）を印字する
5	児童氏名		●			支給決定に係る児童氏名を印字する
6	明細	本人支払額	●			
7	※対象件数に応じて印字	申請に係るサービス利用月	●			和暦表記
8		支給（不支給）	●			打ち出し形式（例）支給　or　不支給
9		支給金額	●			
10		不支給の理由	●			
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。

様式番号

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）

受給者証番号：　　受給者氏名：

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

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護住助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

固定文言１

自由記載１

帳票詳細要件（23）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220166
帳票名称	23.令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名を印字する
5	明細 ※対象件数に応じて印字	障害福祉相当介護保サービスに係る本人支払額	●			和暦表記
6		申請に係る障害福祉相当介護保サービスの利用月	●			和暦表記
7		支給（不支給）	●			打ち出し形式（例）支給　or　不支給
8		支給金額	●			
9		不支給の理由	●			
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	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

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

受給者証番号：　　受給者氏名：

児童氏名：

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

自由記載１

帳票詳細要件（24）

業務	07.障害福祉サービス等（給付管理）	帳票ID	0220167
帳票名称	24.高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書（サービス利用年月別明細）		

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	受給者証番号		●			
4	受給者氏名		●			受給者氏名（対象者が障害児の場合は保護者名）を印字する
5	児童氏名		●			支給決定に係る児童氏名を印字する
6	明細	本人支払額	●			
7	※対象件数に応じて印字	申請に係るサービス利用月	●			和暦表記
8		支給（不支給）	●			打ち出し形式（例）支給　or　不支給
9		支給金額	●			
10		不支給の理由	●			
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。

別紙様式第３号（表面）

自立支援医療受給者証（更生医療）

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

受診者	フリガナ			生年月日
	氏　　名			
	住　　所			
	加入医療保険の 記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	
	特定疾病療養 受療の認定			
指定医療機関名	病院・診療所		所在地・ 電話番号	
	薬　　局		所在地・ 電話番号	
	訪問看護事業者		所在地・ 電話番号	
重度かつ継続			自己負担上限額	
有　効　期　間		から		まで

上記のとおり認定する。

年　　月　　日

○○市町村長　印

※　人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口に提出すること。

固定文言１

帳票詳細要件（01）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220168
帳票名称	01.自立支援医療受給者証（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	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	公費負担者番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 【以下は標準オプション】 管理場所単位の指定有無を設定でき、有の場合は管理場所ごとに設定できること （特定の指定都市で必要とする要件）
4	自立支援医療費受給者番号		●			
5	受診者	フリガナ	●			
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		加入医療保険の記号及び番号	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
10		保険者番号	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
11		保険者名	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
12		特定疾病療養受療の認定	●			打ち出し形式　（例１）有　（例２）無
13	病院・診療所①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
14		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
15	病院・診療所②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
16		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
17	病院・診療所③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
18		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
19	薬局①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
20		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
21	薬局②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
22		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
23	薬局③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
24		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
25	訪問看護事業者①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
26		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
27	訪問看護事業者②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
28		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
29	訪問看護事業者③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
30		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
31	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
32	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
33	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は○年○月○日までとする。）」
34	交付日		●			和暦表記
35	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
36	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
37	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。

別紙様式第３号（裏面）

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

自由記載１

帳票詳細要件（02）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220169
帳票名称	02.自立支援医療受給者証（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	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	公費負担の対象となる障害		●			
4	医療の具体的方針		●			
5	特記事項 （固定文言１＋編集１）		●			○食事療養標準負担額零円該当の場合、食事療養費の免除に該当する旨を印字できること。 ○文言マスタで、印字有無が「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	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173号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式番号

判定依頼先

第　　号
年　　月　　日

判　定　依　頼　書

市　町　村　長　印

固定文言１

申請者	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	住所			
身体障害者手帳	番号		交付日	
	等級		再交付日	
障害名				
判定依頼事項	固定文言２＋編集１			
固定文言３ 備考	固定文言４＋編集２			

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

帳票詳細要件（03）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220170
帳票名称	03.判定依頼書		

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	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	申請者	フリガナ	●			受診者情報の氏名カナを印字すること
10		氏名	●			受診者情報の氏名を印字すること
11		生年月日	●			受診者情報の生年月日を印字すること 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
12		性別			●	＜実装不可とした理由＞ 性別の記載が廃止されていることを踏まえ、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。
13		住所	●			受診者情報の住所を印字すること
14	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
15		交付日	●			和暦表記
16		等級	●			障害種別 + 障害等級
17		再交付日	●			和暦表記
18	障害名		●			更生医療の管理項目「公費負担の対象となる障害」を印字する
19	判定依頼事項 （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	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。
21	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。
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

様式番号

調　査　書

申 請 日	年　月　日	
申 請 者 氏名及び 生年月日		
住　所		

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

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

上記のとおり確認しました。

年　月　日

調査者

自由記載１

帳票詳細要件（04）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220171
帳票名称	04.調査書		

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	申請日		●			和暦表記
4	申請者	氏名	●			
5		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
7	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。
8	世帯員の状況①	氏名	●			
9		年齢	●			
10		続柄	●			
11		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
12		所得割額	●			
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。
14	世帯員の状況②	氏名	●			
15		年齢	●			
16		続柄	●			
17		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
18		所得割額	●			
19		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	世帯員の状況③	氏名	●			
21		年齢	●			
22		続柄	●			
23		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
24		所得割額	●			
25		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。
26	世帯員の状況④	氏名	●			
27		年齢	●			
28		続柄	●			
29		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
30		所得割額	●			
31		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。
32	世帯員の状況⑤	氏名	●			
33		年齢	●			
34		続柄	●			
35		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
36		所得割額	●			
37		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。
38	世帯員の状況⑥	氏名	●			
39		年齢	●			
40		続柄	●			
41		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
42		所得割額	●			
43		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。
44	世帯員の状況⑦	氏名	●			
45		年齢	●			
46		続柄	●			
47		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
48		所得割額	●			
49		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。
50	※世帯員が8人以上の場合は2ページ以降に改ページして印字すること					
51	所得区分		●			
52	合計所得金額		●			
53	障害年金等		●			
54	手当等		●			
55	収入額		●			
56	所得割額（総額）		●			
57	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
58	重度かつ継続		●			
59	その他参考とすべき意見等 （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。
60	発行日		●			和暦表記
61	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175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

自立支援医療（更生医療）支給認定決定通知書

市　町　村　長　印

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

固定文言１＋編集１

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

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

固定文言２

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

教示文

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

帳票詳細要件（05）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220172
帳票名称	05.認定決定通知書		

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	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＋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	受給者番号		●			
10	認定日		●			和暦表記
11	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
12	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は〇年〇月〇日までとする。）」
13	医療の具体的方針		●			
14	病院・診療所	病院・診療所①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
15		病院・診療所②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
16		病院・診療所③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
17	薬局	薬局①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
18		薬局②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
19		薬局③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
20	訪問看護事業者	訪問看護事業者①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
21		訪問看護事業者②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
22		訪問看護事業者③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
23	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
24	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
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	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
27	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
28		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
29		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
30		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
31		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176号関係
適合基準日：令和８年４月１日

別紙様式第６号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

通　　知　　書

市　町　村　長　印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５３条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

固定文言１

申　請　日			
受診者氏名		生年月日	
住　　所			
理　　由			

教　　示

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

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名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（06）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220173
帳票名称	06.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	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	申請日		●			和暦表記
10	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
11	生年月日		●			受診者情報の生年月日を印字すること 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
12	住所		●			受診者情報の住所を印字すること 住所＋全角スペース＋方書
13	却下理由		●			
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

別紙様式第１号

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・再認定・変更（自己負担限度額及び重度かつ継続認定の申請の場合）のいずれかに○をする。

固定文言１

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

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

固定文言８

申請者氏名　　年　　月　　日

〇〇〇〇市町村長　殿

自由記載１

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

固定文言９＋編集４

自由記載２

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

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

自由記載３

自由記載４

帳票詳細要件（07）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220174
帳票名称	07.自立支援医療費支給認定申請書		

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	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	受診者	フリガナ	●			
5		氏名	●			
6		年齢	●			
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＋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。（以降の個人番号も同様。）
12	負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号		●		※再認定、変更の場合は印字することがあるため、標準オプションとしています。
13		保険者番号		●		
14		保険種別		●		管理項目「保険の種類」を印字
15		保険者名		●		
16		受診者と同一保険の加入者氏名①		●		
17		受診者と同一保険の加入者個人番号①			●	
18		受診者と同一保険の加入者氏名②		●		
19		受診者と同一保険の加入者個人番号②			●	
20		受診者と同一保険の加入者氏名③		●		
21		受診者と同一保険の加入者個人番号③			●	
22		受診者と同一保険の加入者氏名④		●		
23		受診者と同一保険の加入者個人番号④			●	
24		受診者と同一保険の加入者氏名⑤		●		
25		受診者と同一保険の加入者個人番号⑤			●	
26	※受診者と同一保険の加入者が6人以上の場合は2ページ以降に改ページして印字すること					
27		該当する所得区分		●		打ち出し形式（例）″生保″、″低１″、″低２″、″中間１″、″中間２″、″一定以上″
28		重度かつ継続		●		打ち出し形式　″該当″、″非該当″
29	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
30	受給者番号			●		
31	受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名（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。 ※記入欄として必要な項目名を任意で設定する。 例）医療機関番号・医療機関名
32		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。 ※病院・診療所、薬局、訪問看護事業者のそれぞれ登録されている情報で出力が必要な項目を任意で設定する。 例）医療機関番号：9919999999／医療機関名：〇〇病院
33		所在地・電話番号（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。 ※記入欄として必要な項目名を任意で設定する。 例）所在地・電話番号
34		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。 ※病院・診療所、薬局、訪問看護事業者のそれぞれ登録されている情報で出力が必要な項目を任意で設定する。 例）所在地：〇〇市〇〇町１－１／電話番号：1234-56-7890
35	備考（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	固定文言７＋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。
37	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	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
39	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。
40	固定文言９＋編集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。
41	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。
42	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。
43	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。

別紙様式第５号

年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　　日	

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

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

固定文言２

帳票詳細要件（08）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220175
帳票名称	08.自己負担上限額管理票		

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	年月		●			和暦表記
4	受診者		●			
5	受給者番号		●			複数の受給者番号を同時に持っている場合、カンマ区切りで印字できること
6	月額自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
7	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。
9	特記事項 （固定文言３＋編集１）		●			○食事療養標準負担額零円該当の場合、食事療養費の免除に該当する旨を印字できること。 ○文言マスタで、印字有無が「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	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。

省令第５条第179号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（更生医療）支給変更決定通知書

市　町　村　長　印

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

固定文言１＋編集１

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

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

固定文言２

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

教示文

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

帳票詳細要件（09）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220176
帳票名称	09.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	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＋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	受給者番号		●			
10	変更決定日		●			和暦表記
11	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
12	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は〇年〇月〇日までとする。）」
13	医療の具体的方針		●			
14	病院・診療所①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
15	病院・診療所②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
16	病院・診療所③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
17	薬局①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
18	薬局②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
19	薬局③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
20	訪問看護事業者①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
21	訪問看護事業者②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
22	訪問看護事業者③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
23	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
24	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
25	変更の理由		●			
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	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
28	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
29		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
30		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
31		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
32		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180号関係

様式番号

医療機関宛

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（更生医療）支給認定決定のお知らせ

市　町　村　長　印

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

固定文言１

記

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

自由記載１

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（10）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220177
帳票名称	10.支給認定決定のお知らせ		

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		●			医療機関宛先を設定
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	公費負担者番号		●			
10	受給者番号		●			
11	受診者氏名		●			
12	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
13	加入医療保険の記号及び番号		●			
14	保険者番号		●			
15	保険者名		●			
16	重度かつ継続		●			
17	入・通院区分		●			
18	公費負担の対象障害		●			
19	医療の具体的方針		●			
20	病院・診療所①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
21	病院・診療所②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
22	病院・診療所③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
23	薬局①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
24	薬局②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
25	薬局③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
26	訪問看護事業者①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
27	訪問看護事業者②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
28	訪問看護事業者③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
29	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は〇年〇月〇日までとする。）」
30	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
31	特定疾病療養受療の認定		●			
32	再認定及び変更の場合の理由		●			再認定及び変更の場合、変更理由を印字する
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。
34	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
35		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
36		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
37		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
38		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

別紙様式第４号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 更生医療 ）

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

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

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

固定文言２

届出者氏名

年　月　日

○○○○市町村長　殿

自由記載１

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

自由記載２

帳票詳細要件（11）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220178
帳票名称	11.自立支援医療受給者証等記載事項変更届		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		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。）
10	自立支援医療費受給者番号		●			
11	有効期間		●			「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
12	受診者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）	変更前		●		
13	加入医療保険に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）	変更前		●		
14	身体障害者手帳番号	変更前		●		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	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。
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	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
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	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。
20	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182号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療受給者証（更生医療）の更新について（お知らせ）

市　町　村　長　印

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

固定文言１

記

－

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

固定文言４＋編集２

（必要な書類）

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

自由記載１

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（12）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220179
帳票名称	12.受給者証の更新について（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	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	受診者	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 ※1　住基住所とは別に障害者福祉世帯住所が管理されている場合、障害者福祉世帯住所を優先して印字できること
12	受給者番号		●			
13	受給者証有効期間		●			和暦表記
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	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。
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183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

自立支援医療（更生医療）支給認定取消通知書

市　町　村　長　印

固定文言１

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５７条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

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

固定文言４

お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。

自由記載１

教示文

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

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

帳票詳細要件（13）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220180
帳票名称	13.支給認定取消通知書		

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	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	受給者番号		●			
10	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
11	支給認定取消日		●			和暦表記 廃止日を印字すること
12	取消理由		●			廃止理由を印字すること
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	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	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	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
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

様式番号

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 更生医療 ）

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

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

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

固定文言３＋編集１

自由記載２

帳票詳細要件（14）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220181
帳票名称	14.自立支援医療受給者証再交付申請書		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		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。）
10	自立支援医療費受給者番号			●		
11	有効期間			●		「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
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	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	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
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	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。
17	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

自立支援医療受給者証返還届（ 更生医療 ）

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

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証を返還します。

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

固定文言３＋編集１

自由記載２

帳票詳細要件（15）

業務	08.自立支援医療（更生医療）	帳票ID	0220182
帳票名称	15.自立支援医療受給者証返還届		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		電話番号	●			
9	自立支援医療費受給者番号			●		
10	有効期間			●		「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
11	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。
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	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
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	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２		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

別紙様式第３号（表面）

自立支援医療受給者証（育成医療）

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

受診者	フリガナ			生年月日
	氏　　名			
	住　　所			
	加入医療保険の記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	
	特定疾病療養受療の認定			

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

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

重度かつ継続		自己負担上限額	
有　効　期　間	から		まで

上記のとおり認定する。

年　　月　　日　　○○市町村長　印

※　人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口に提出すること。

固定文言１

帳票詳細要件（01）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220183
帳票名称	01.自立支援医療受給者証（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	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	公費負担者番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 【以下は標準オプション】 管理場所単位の指定有無を設定でき、有の場合は管理場所ごとに設定できること（特定の指定都市で必要とする要件）
4	自立支援医療費受給者番号		●			
5	受診者	フリガナ	●			
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		加入医療保険の記号及び番号	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
10		保険者番号	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
11		保険者名	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
12		特定疾病療養受療の認定	●			打ち出し形式　（例１）有　（例２）無
13	保護者	フリガナ	●			
14		氏名	●			
15		続柄	●			
16		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
17	病院・診療所①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
18		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
19	病院・診療所②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること。
20		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
21	病院・診療所③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
22		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
23	薬局①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
24		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
25	薬局②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
26		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
27	薬局③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
28		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
29	訪問看護事業者①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
30		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
31	訪問看護事業者②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
32		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
33	訪問看護事業者③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
34		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
35	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
36	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
37	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は〇年〇月〇日までとする。）」
38	交付日		●			和暦表記
39	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
40	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
41	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。

別紙様式第３号（裏面）

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

自由記載１

帳票詳細要件（02）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220184
帳票名称	02.自立支援医療受給者証（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	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	公費負担の対象となる障害		●			
4	医療の具体的方針		●			
5	特記事項 （固定文言１＋編集１）		●			○食事療養標準負担額零円該当の場合、食事療養費の免除に該当する旨を印字できること。 ○文言マスタで、印字有無が「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	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188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

自立支援医療（育成医療）支給認定決定通知書

市　町　村　長　印

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

固定文言１＋編集１

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

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

固定文言２

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

教示文

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

帳票詳細要件（03）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220185
帳票名称	03.認定決定通知書		

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	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＋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	受給者番号		●			
10	認定日		●			和暦表記
11	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
12	保護者氏名		●			保護者情報の氏名を印字すること
13	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は〇年〇月〇日までとする。）」
14	医療の具体的方針		●			
15	病院・診療所	病院・診療所①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
16		病院・診療所②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
17		病院・診療所③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
18	薬局	薬局①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
19		薬局②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
20		薬局③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
21	訪問看護事業者	訪問看護事業者①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
22		訪問看護事業者②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
23		訪問看護事業者③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
24	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
25	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
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	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
28	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
29		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
30		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
31		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
32		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189号関係
適合基準日：令和８年４月１日

別紙様式第６号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

通　　知　　書

市　町　村　長　印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５３条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんので通知します。

固定文言１

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

教　　示

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

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して６か月以内に限り、市町村名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	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220186
帳票名称	04.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	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	申請日		●			和暦表記
10	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
11	生年月日		●			受診者情報の生年月日を印字すること 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
12	住所		●			受診者情報の住所を印字すること 住所＋全角スペース＋方書
13	保護者氏名		●			保護者情報の氏名を印字すること
14	却下理由		●			
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

別紙様式第１号

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。 **固定文言１**

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

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　**固定文言８**

申請者氏名　　年　　月　　日

○○○○市町村長　殿

自由記載１

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

自由記載２

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

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

自由記載３

自由記載４

帳票詳細要件（05）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220187
帳票名称	05.自立支援医療費支給認定申請書		

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	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	受診者	フリガナ	●			
5		氏名	●			
6		年齢	●			
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＋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。（以降の個人番号も同様。）
12	保護者	フリガナ	●			
13		氏名	●			
14		受診者との関係	●			
15		住所（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「□受診者に同じ」は削除すること
17		電話番号	●			
18		保護者個人番号			●	
19	負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号		●		※再認定、変更の場合は印字することがあるため、標準オプションとしています。
20		保険者番号		●		
21		保険種別		●		管理項目の「保険の種類」を印字
22		保険者名		●		
23		受診者と同一保険の加入者氏名①		●		
24		受診者と同一保険の加入者個人番号①			●	
25		受診者と同一保険の加入者氏名②		●		
26		受診者と同一保険の加入者個人番号②			●	
27		受診者と同一保険の加入者氏名③		●		
28		受診者と同一保険の加入者個人番号③			●	
29		受診者と同一保険の加入者氏名④		●		
30		受診者と同一保険の加入者個人番号④			●	
31		受診者と同一保険の加入者氏名⑤		●		
32		受診者と同一保険の加入者個人番号⑤			●	
33	※受診者と同一保険の加入者が6人以上の場合は2ページ以降に改ページして印字すること					
34		該当する所得区分		●		打ち出し形式（例）″生保″、″低１″、″低２″、″中間１″、″中間２″、″一定以上″
35		重度かつ継続		●		打ち出し形式　″該当″、″非該当″
36	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
37	受給者番号			●		
38	受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名（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。 ※記入欄として必要な項目名を任意で設定する。 例）医療機関番号・医療機関名
39		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。 ※病院・診療所、薬局、訪問看護事業者のそれぞれ登録されている情報で出力が必要な項目を任意で設定する。 例）医療機関番号：9919999999／医療機関名：〇〇病院
40		所在地・電話番号（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。 ※記入欄として必要な項目名を任意で設定する。 例）所在地・電話番号
41		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。 ※病院・診療所、薬局、訪問看護事業者のそれぞれ登録されている情報で出力が必要な項目を任意で設定する。 例）所在地：〇〇市〇〇町１－１／電話番号：1234-56-7890
42	備考（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。
43	固定文言７＋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。
44	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。
45	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
46	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。
47	固定文言９＋編集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。
48	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。
49	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。
50	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。

別紙様式第５号

年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　　日	

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

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

固定文言２

帳票詳細要件（06）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220188
帳票名称	06.自己負担上限額管理票		

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	年月		●			和暦表記
4	受診者		●			
5	受給者番号		●			複数の受給者番号を同時に持っている場合、カンマ区切りで印字できること
6	月額自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
7	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。
9	特記事項 （固定文言３＋編集１）		●			○食事療養標準負担額零円該当の場合、食事療養費の免除に該当する旨を印字できること。 ○文言マスタで、印字有無が「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	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。

様式番号

第　　号
年　　月　　日

審　査　依　頼　書

様

市　町　村　長　印

下記の者に対する審査を依頼します。　**固定文言１**

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

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

帳票詳細要件（07）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220189
帳票名称	07.審査依頼書		

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	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	審査依頼先		●			
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	受診者	フリガナ	●			
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	身体障害者手帳	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		交付日	●			和暦表記
15		等級	●			障害種別 + 障害等級
16		再交付日	●			和暦表記
17	障害名		●			育成医療の管理項目「公費負担の対象となる障害」を印字する
18	審査依頼事項 （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。
19	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。
20	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。
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

様式番号

調　査　書

申 請 日	年　月　日	
申 請 者 氏名及び 生年月日		
住　所		

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

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

上記のとおり確認しました。

年　月　日

調査者

自由記載１

帳票詳細要件（08）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220190
帳票名称	08.調査書		

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	申請日		●			和暦表記
4	申請者	氏名	●			
5		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
7	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。
8	世帯員の状況①	氏名	●			
9		年齢	●			
10		続柄	●			
11		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
12		所得割額	●			
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。
14	世帯員の状況②	氏名	●			
15		年齢	●			
16		続柄	●			
17		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
18		所得割額	●			
19		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	世帯員の状況③	氏名	●			
21		年齢	●			
22		続柄	●			
23		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
24		所得割額	●			
25		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。
26	世帯員の状況④	氏名	●			
27		年齢	●			
28		続柄	●			
29		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
30		所得割額	●			
31		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。
32	世帯員の状況⑤	氏名	●			
33		年齢	●			
34		続柄	●			
35		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
36		所得割額	●			
37		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。
38	世帯員の状況⑥	氏名	●			
39		年齢	●			
40		続柄	●			
41		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
42		所得割額	●			
43		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。
44	世帯員の状況⑦	氏名	●			
45		年齢	●			
46		続柄	●			
47		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
48		所得割額	●			
49		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。
50	※世帯員が8人以上の場合は2ページ以降に改ページして印字すること					
51	所得区分		●			
52	合計所得金額		●			
53	障害年金等		●			
54	手当等		●			
55	収入額		●			
56	所得割額（総額）		●			
57	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
58	重度かつ継続		●			
59	その他参考とすべき意見等 （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。
60	発行日		●			和暦表記
61	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194号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（育成医療）支給変更決定通知書

市　町　村　長　印

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

固定文言１＋編集１

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

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

固定文言２

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

教示文

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

帳票詳細要件（09）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220191
帳票名称	09.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	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＋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	受給者番号		●			
10	変更決定日		●			和暦表記
11	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
12	保護者氏名		●			保護者情報の氏名を印字すること
13	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は〇年〇月〇日までとする。）」
14	医療の具体的方針		●			
15	病院・診療所①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
16	病院・診療所②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
17	病院・診療所③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
18	薬局①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
19	薬局②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
20	薬局③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
21	訪問看護事業者①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
22	訪問看護事業者②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
23	訪問看護事業者③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
24	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
25	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
26	変更の理由		●			
27	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。
28	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
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に、市区町村名から設定すること
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

省令第５条第195号関係

様式番号

医療機関宛

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（育成医療）支給認定決定のお知らせ

市　町　村　長　印

固定文言１

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

記

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

自由記載１

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

帳票詳細要件（10）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220192
帳票名称	10.支給認定決定のお知らせ		

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		●			医療機関宛先を設定
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	公費負担者番号		●			
10	受給者番号		●			
11	受診者氏名		●			
12	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
13	保護者氏名		●			
14	加入医療保険の記号及び番号		●			
15	保険者番号		●			
16	保険者名		●			
17	重度かつ継続		●			
18	入・通院区分		●			
19	公費負担の対象障害		●			
20	医療の具体的方針		●			
21	病院・診療所①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
22	病院・診療所②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
23	病院・診療所③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
24	薬局①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
25	薬局②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
26	薬局③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
27	訪問看護事業者①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
28	訪問看護事業者②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
29	訪問看護事業者③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
30	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は○年○月○日までとする。）」
31	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
32	特定疾病療養受療の認定		●			
33	再認定及び変更の場合の理由		●			再認定及び変更の場合、変更理由を印字する
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。
35	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
36		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
37		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
38		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
39		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

別紙様式第４号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）

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

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

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

届出者氏名

年　月　日

○○○○市町村長　殿

自由記載１

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

自由記載２

帳票詳細要件（11）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220193
帳票名称	11.自立支援医療受給者証等記載事項変更届		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		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。）
10	保護者	フリガナ	●			
11		氏名	●			
12		続柄	●			
13		住所（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「□受診者に同じ」は削除すること
15		電話番号	●			
16		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。）
17	自立支援医療費受給者番号		●			
18	有効期間		●			「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
19	受診者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）	変更前		●		
20	保護者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）	変更前		●		
21	加入医療保険に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）	変更前		●		
22	身体障害者手帳番号	変更前		●		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
23	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。
24	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。
25	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
26	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。
27	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。
28	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197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

自立支援医療（育成医療）支給認定取消通知書

市　町　村　長　印

固定文言１

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５７条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

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

固定文言４

お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。

自由記載１

教示文

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

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

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

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

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（12）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220194
帳票名称	12.支給認定取消通知書		

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	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	受給者番号		●			
10	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
11	保護者氏名		●			保護者情報の氏名を印字すること
12	支給認定取消日		●			和暦表記 廃止日を印字すること
13	取消理由		●			廃止理由を印字すること
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	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。
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	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

様式番号

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療 ）

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

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　月　日

○○○○市町村長　殿

自由記載１

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

固定文言３＋編集１

自由記載２

帳票詳細要件（13）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220195
帳票名称	13.自立支援医療受給者証再交付申請書		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		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
10	保護者	フリガナ	●			
11		氏名	●			
12		受診者との関係	●			
13		住所（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「□受診者に同じ」は削除すること
15		電話番号	●			
16		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。）
17	自立支援医療費受給者番号			●		
18	有効期間			●		「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
19	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		●			文言マスタで、印字有無が「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	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
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	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。
24	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

自立支援医療受給者証返還届（ 育成医療 ）

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

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証を返還します。

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○市町村長　　殿

自由記載１

固定文言３＋編集１

自由記載２

帳票詳細要件（14）

業務	09.自立支援医療（育成医療）	帳票ID	0220196
帳票名称	14.自立支援医療受給者証返還届		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		電話番号	●			
9	自立支援医療費受給者番号			●		
10	有効期間			●		「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
11	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。
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	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
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	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200号関係
適合基準日：令和８年４月１日

様式番号

進達リスト

年　月　日

市町村名

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

帳票詳細要件（01）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220197
帳票名称	01.進達リスト		

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		申請事由	●			
10		申請日	●			短縮表記
11		受給者番号	●			既に認定されている場合のみ。新規の場合は空白。
12		フリガナ（上段）	●			
13		本人氏名（下段）	●			
14		本人住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15		生年月日	●			短縮表記
16		添付書類	●			
17		保険の種類	●			
18		所得区分	●			
19		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：「同時申請」、印字有無：「有」、前付加文言：「同時申請：」、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。 　同時申請：あり
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	2人目	申請事由	●			
22		申請日	●			短縮表記
23		受給者番号	●			既に認定されている場合のみ。新規の場合は空白。
24		フリガナ（上段）	●			
25		本人氏名（下段）	●			
26		本人住所	●			住所＋全角スペース＋方書
27		生年月日	●			短縮表記
28		添付書類	●			
29		保険の種類	●			
30		所得区分	●			
31		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：「同時申請」、印字有無：「有」、前付加文言：「同時申請：」、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。 　同時申請：あり
32		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。
33	・・・					
34	N人目	申請事由	●			
35		申請日	●			短縮表記
36		受給者番号	●			既に認定されている場合のみ。新規の場合は空白。
37		フリガナ（上段）	●			
38		本人氏名（下段）	●			
39		本人住所	●			住所＋全角スペース＋方書
40		生年月日	●			短縮表記
41		添付書類	●			
42		保険の種類	●			
43		所得区分	●			
44		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：「同時申請」、印字有無：「有」、前付加文言：「同時申請：」、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。 　同時申請：あり
45		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。
46	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

別紙様式第３号

自立支援医療受給者証（精神通院）

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

受診者	フリガナ			生年月日
	氏　　名			
	住　　所			
	加入医療保険の記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	

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

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

重度かつ継続		自己負担上限額	
有　効　期　間	から		まで

上記のとおり認定する。

年　　月　　日

○○○○都道府県知事・市町村長　印

別紙様式第３号

支給要件の確認方法	
特記事項	固定文言１＋編集１

自由記載１

帳票詳細要件（02）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220198
帳票名称	02.自立支援医療受給者証		

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	公費負担者番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 【以下は標準オプション】 管理場所単位の指定有無を設定でき、有の場合は管理場所ごとに設定できること （特定の指定都市で必要とする要件）
4	自立支援医療費受給者番号		●			
5	受診者	フリガナ	●			
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		加入医療保険の記号及び番号	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
10		保険者番号	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
11		保険者名	●			パラメタなどの設定により印字の省略を可能とすること 省略する場合は、医療機関等の混乱を避けるため、原則「（省略）」と印字することとするが、「＊＊＊＊＊」等の印字も可能とする
12	保護者	フリガナ	●			
13		氏名	●			
14		続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	病院・診療所①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること 医療機関名の後に括弧書で病院・診療所種別を印字すること。 例）〇〇病院（検査）
17		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
18	病院・診療所②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること 医療機関名の後に括弧書で病院・診療所種別を印字すること。 例）〇〇病院（検査）
19		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
20	病院・診療所③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること 医療機関名の後に括弧書で病院・診療所種別を印字すること。 例）〇〇病院（検査）
21		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
22	病院・診療所④	医療機関名	●			台帳で登録した４件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること 医療機関名の後に括弧書で病院・診療所種別を印字すること。 例）〇〇病院（検査）
23		所在地・電話番号	●			台帳で登録した４件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
24	薬局①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
25		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
26	薬局②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
27		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
28	薬局③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
29		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
30	訪問看護事業者①	医療機関名	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
31		所在地・電話番号	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
32	訪問看護事業者②	医療機関名	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
33		所在地・電話番号	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
34	訪問看護事業者③	医療機関名	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
35		所在地・電話番号	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所＋改行＋電話番号を印字すること
36	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
37	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
38	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は〇年〇月〇日までとする。）」
39	交付日		●			和暦表記

帳票詳細要件（02）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220198
帳票名称	02.自立支援医療受給者証		

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	
40	都道府県知事・市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
41	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
42	支給要件の確認方法		●			管理項目「診断書種類コード」より該当の支給要件（医療用（１年目）、医療用（２年目）、手帳用（１年目）、手帳用（２年目）、手帳新規）のいずれかを印字する。 また、管理項目「次回診断書の要否」を管理している場合に限り、診断書が必要な場合は「次回更新時の診断書提出：要」、不要な場合は「次回更新時の診断書提出：不要」を印字する。 例　医療用２年目　次回更新時の診断書提出：要
43	特記事項 （固定文言１＋編集１）		●			○食事療養標準負担額零円該当の場合、食事療養費の免除に該当する旨を印字できること。 ○文言マスタで、印字有無が「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。

別紙様式第５号

年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名
月　　日	

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

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

固定文言２

帳票詳細要件（03）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220199
帳票名称	03.自己負担上限額管理票		

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	年月		●			和暦表記
4	受診者		●			
5	受給者番号		●			複数の受給者番号を同時に持っている場合、カンマ区切りで印字できること
6	月額自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
7	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。
9	特記事項 （固定文言３＋編集１）		●			○食事療養標準負担額零円該当の場合、食事療養費の免除に該当する旨を印字できること。 ○文言マスタで、印字有無が「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	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。

省令第５条第203号関係

別紙様式第６号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

通　　知　　書

○○○○都道府県知事・市町村長　印

固定文言１

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５３条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

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

教示文

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）。

（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	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220200
帳票名称	04.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	都道府県知事・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	申請日		●			和暦表記
10	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
11	生年月日		●			受診者情報の生年月日を印字すること 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
12	住所		●			受診者情報の住所を印字すること 住所＋全角スペース＋方書
13	保護者氏名		●			保護者情報の氏名を印字すること
14	却下理由		●			
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204号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（精神通院医療）受給者証の交付について

（申請者）　　様

○○○○都道府県知事・市町村長　印

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

固定文言１

記

－

受診者	氏　名		生年月日	
	住　所			
受給者番号				
受給者証有効期間	から		まで	

固定文言２

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

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（05）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220201
帳票名称	05.受給者証の交付について		

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	申請者氏名		●			受診者が児童の場合、保護者情報の氏名を印字すること 受診者が児童ではない場合、受診者情報の氏名を印字すること
7	都道府県知事・市町村長		●			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	受診者	氏名	●			受診者情報の氏名を印字すること
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	受給者番号		●			
14	受給者証有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は〇年〇月〇日までとする。）」
15	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。
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205号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療受給者証（精神通院）の更新について（お知らせ）

○○○○都道府県知事・市町村長　印

固定文言１

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

記

－

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

固定文言４＋編集２

（必要な書類）

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

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

自由記載１

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（06）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220202
帳票名称	06.受給者証の更新について（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・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	受診者	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 ※1　住基住所とは別に障害者福祉世帯住所が管理されている場合、障害者福祉世帯住所を優先して印字できること
12	受給者番号		●			
13	受給者証有効期間		●			和暦表記
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	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。
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

様式番号

調　査　書

申 請 日	年　月　日	
申 請 者 氏名及び 生年月日		
住　所		

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

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

上記のとおり確認しました。

年　月　日

調査者

自由記載１

帳票詳細要件（07）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220203
帳票名称	07.調査書		

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	申請日		●			和暦表記
4	申請者	氏名	●			
5		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
7	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。
8	世帯員の状況①	氏名	●			
9		年齢	●			
10		続柄	●			
11		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
12		所得割額	●			
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。
14	世帯員の状況②	氏名	●			
15		年齢	●			
16		続柄	●			
17		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
18		所得割額	●			
19		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	世帯員の状況③	氏名	●			
21		年齢	●			
22		続柄	●			
23		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
24		所得割額	●			
25		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。
26	世帯員の状況④	氏名	●			
27		年齢	●			
28		続柄	●			
29		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
30		所得割額	●			
31		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。
32	世帯員の状況⑤	氏名	●			
33		年齢	●			
34		続柄	●			
35		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
36		所得割額	●			
37		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。
38	世帯員の状況⑥	氏名	●			
39		年齢	●			
40		続柄	●			
41		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
42		所得割額	●			
43		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。
44	世帯員の状況⑦	氏名	●			
45		年齢	●			
46		続柄	●			
47		市町村民税課税の有無	●			打ち出し形式　「有」又は「無」を印字すること。 なお、「均等割有」等の「市町村民税課税の有無」が分かる表記とすることは差し支えない。
48		所得割額	●			
49		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。
50	※世帯員が8人以上の場合は2ページ以降に改ページして印字すること					
51	所得区分		●			
52	合計所得金額		●			
53	障害年金等		●			
54	手当等		●			
55	収入額		●			
56	所得割額（総額）		●			
57	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
58	重度かつ継続		●			
59	その他参考とすべき意見等 （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。
60	発行日		●			和暦表記
61	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。

別紙様式第１号

自立支援医療費（精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定自立支援医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。　**固定文言１**

受診者	フリガナ		年齢	生　年　月　日
	氏　　名		歳	年　　月　　日
	住　　所	〒	電　話　番　号	
	個人番号			
受診者が１８歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係	
	保護者氏名			
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電　話　番　号	
	保護者個人番号			

負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号		保険者番号		保険種別
			保険者名		
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号		
	該当する所得区分		重度かつ継続		
精神障害者保健福祉手帳番号			受給者番号		
治療方針の変更			診断書の添付		

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

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。　**固定文言８**

申請者氏名　　年　　月　　日

○○○○都道府県知事・市町村長　殿

自由記載１

※　「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※　「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※　「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。　**固定文言９＋編集４**
※　「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
※　「治療方針の変更」「診断書の添付」は継続申請（診断書の提出が２年目のことをいう。）の方のみ記入。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）
※　「診断書の添付」は前年度（１年目）の申請に係る診断書（写）の添付状況に○をする。（平成２２年４月支給認定分の申請から適用）

自由記載２

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄

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

自由記載３

自由記載４

帳票詳細要件（08）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220204
帳票名称	08.自立支援医療費支給認定申請書		

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	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	受診者	フリガナ	●			
5		氏名	●			
6		年齢	●			
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＋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。（以降の個人番号も同様。）
12	保護者	フリガナ	●			
13		氏名	●			
14		受診者との関係	●			
15		住所（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「□受診者に同じ」は削除すること
17		電話番号	●			
18		保護者個人番号			●	
19	負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号		●		※再認定、変更の場合は印字することがあるため、標準オプションとしています。
20		保険者番号		●		
21		保険種別		●		管理項目の「保険の種類」を印字
22		保険者名		●		
23		受診者と同一保険の加入者氏名①		●		
24		受診者と同一保険の加入者個人番号①			●	
25		受診者と同一保険の加入者氏名②		●		
26		受診者と同一保険の加入者個人番号②			●	
27		受診者と同一保険の加入者氏名③		●		
28		受診者と同一保険の加入者個人番号③			●	
29		受診者と同一保険の加入者氏名④		●		
30		受診者と同一保険の加入者個人番号④			●	
31		受診者と同一保険の加入者氏名⑤		●		
32		受診者と同一保険の加入者個人番号⑤			●	
33	※受診者と同一保険の加入者が6人以上の場合は2ページ以降に改ページして印字すること					
34		該当する所得区分		●		打ち出し形式（例）″生保″、″低１″、″低２″、″中間１″、″中間２″、″一定以上″
35		重度かつ継続		●		打ち出し形式　″該当″、″非該当″
36	受給者番号			●		
37	精神障害者保健福祉手帳番号			●		
38	受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名 （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。 ※記入欄として必要な項目名を任意で設定する。 例）医療機関番号・医療機関名・種別
39		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。 ※病院・診療所、薬局、訪問看護事業者のそれぞれ登録されている情報で出力が必要な項目を任意で設定する。 例）医療機関番号：9919999999／医療機関名：〇〇病院／種別：デイケア
40		所在地・電話番号 （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。 ※記入欄として必要な項目名を任意で設定する。 例）所在地・電話番号
41		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。 ※病院・診療所、薬局、訪問看護事業者のそれぞれ登録されている情報で出力が必要な項目を任意で設定する。 例）所在地：〇〇市〇〇町１－１／電話番号：1234-56-7890
42	治療方針の変更			●		打ち出し形式（例）″有″、″無″等
43	診断書の添付			●		打ち出し形式（例）″有″、″無″等
44	備考 （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。
45	固定文言７＋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。
46	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。
47	都道府県知事・市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
48	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。
49	固定文言９＋編集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。
50	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。

帳票詳細要件（08）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220204
帳票名称	08.自立支援医療費支給認定申請書		

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	
51	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。
52	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。

別紙様式第４号

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 精神通院 ）

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

	事　項	変　更　前	変　更　後
変更内容	受診者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	保護者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	加入医療保険に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）		
	精神障害者保健福祉手帳番号		
備　考	固定文言１＋編集１		

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

届出者氏名

年　月　日

○○○○都道府県知事・市町村長　殿

自由記載１

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

自由記載２

帳票詳細要件（09）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220205
帳票名称	09.自立支援医療受給者証等記載事項変更届		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		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。）
10	保護者	フリガナ	●			
11		氏名	●			
12		続柄	●			
13		住所（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「□受診者に同じ」は削除すること
15		電話番号	●			
16		個人番号			●	
17	自立支援医療費受給者番号		●			
18	有効期間		●			「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
19	受診者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）	変更前		●		
20	保護者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）	変更前		●		
21	加入医療保険に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）	変更前		●		
22	精神障害者保健福祉手帳番号	変更前		●		
23	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。
24	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。
25	都道府県知事・市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
26	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。
27	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。
28	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209号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（精神通院）支給認定決定通知書

○○○○都道府県知事・市町村長　印

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

固定文言１＋編集１

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

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

固定文言２

自由記載１

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

教示文

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

帳票詳細要件（10）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220206
帳票名称	10.認定決定通知書		

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	都道府県知事・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＋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	受給者番号		●			
10	認定日		●			和暦表記
11	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
12	保護者氏名		●			保護者情報の氏名を印字すること
13	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は○年○月○日までとする。）」
14	病院・診療所	病院・診療所①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
15		病院・診療所②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
16		病院・診療所③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
17		病院・診療所④	●			台帳で登録した４件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
18	薬局	薬局①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
19		薬局②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
20		薬局③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
21	訪問看護事業者	訪問看護事業者①	●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
22		訪問看護事業者②	●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
23		訪問看護事業者③	●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
24	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
25	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
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	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	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
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に、市区町村名から設定すること
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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（精神通院）支給変更決定通知書

○○○○都道府県知事・市町村長　印

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

固定文言１＋編集１

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

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

固定文言２

自由記載１

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

教示文

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

帳票詳細要件（11）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220207
帳票名称	11.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	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・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＋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	受給者番号		●			
10	変更決定日		●			和暦表記
11	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
12	保護者氏名		●			保護者情報の氏名を印字すること
13	有効期間		●			和暦表記 経過的特例の対象者に対して、本来の有効期間とは別に、特例が延長された場合の有効期限も記載する。 例）「（経過的特例が延長された場合は○年○月○日までとする。）」
14	病院・診療所①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
15	病院・診療所②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
16	病院・診療所③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
17	病院・診療所④		●			台帳で登録した４件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
18	薬局①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
19	薬局②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
20	薬局③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
21	訪問看護事業者①		●			台帳で登録した１件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
22	訪問看護事業者②		●			台帳で登録した２件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
23	訪問看護事業者③		●			台帳で登録した３件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
24	自己負担上限額		●			対象者の負担上限月額を印字
25	重度かつ継続		●			打ち出し形式　（例１）該当　（例２）非該当
26	変更の理由		●			
27	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。
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。
29	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
30	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
31		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋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

省令第５条第211号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療（精神通院）支給認定取消通知書

○○○○都道府県知事・市町村長　印

固定文言１

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５７条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

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

固定文言４

お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。

自由記載１

教示文

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

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

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

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

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（12）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220208
帳票名称	12.支給認定取消通知書		

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	都道府県知事・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	受給者番号		●			
10	受診者氏名		●			受診者情報の氏名を印字すること
11	保護者氏名		●			保護者情報の氏名を印字すること
12	支給認定取消日		●			和暦表記 廃止日を印字すること
13	取消理由		●			廃止理由を印字すること
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	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。
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	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

様式番号

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 精神通院 ）

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

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　月　日

○○○○都道府県知事・市町村長　殿

自由記載１

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

固定文言３＋編集１

自由記載２

帳票詳細要件（13）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220209
帳票名称	13.自立支援医療受給者証再交付申請書		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		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。）
10	保護者	フリガナ	●			
11		氏名	●			
12		受診者との関係	●			
13		住所（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「□受診者に同じ」は削除すること
15		電話番号	●			
16		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。）
17	自立支援医療費受給者番号			●		
18	有効期間			●		「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
19	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		●			文言マスタで、印字有無が「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	都道府県知事・市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
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	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。
24	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

自立支援医療受給者証返還届（ 精神通院 ）

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

固定文言２

上記理由により、自立支援医療受給者証を返還します。

届出者氏名

年　　月　　日

○○○○都道府県知事・市町村長　殿

自由記載１

固定文言３＋編集１

自由記載２

帳票詳細要件（14）

業務	10.自立支援医療（精神通院医療）	帳票ID	0220210
帳票名称	14.自立支援医療受給者証返還届		

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	受診者	氏名フリガナ	●			
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		住所（郵便番号）	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8		電話番号	●			
9	自立支援医療費受給者番号			●		
10	有効期間			●		「有効期間開始日（和暦）　から　有効期間終了日（和暦）　まで」の形式で印字する。
11	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。
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	都道府県知事・市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
14	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。
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。

別添様式例第２号

調　　査　　書

申請年月日	年　　月　　日	申請の種類	

対象者	住　　所		
	フリガナ		
	氏　　名		
	生年月日	年　　月　　日	電話番号	

世帯員の状況	氏　　名	年齢	対象者との続柄	課税状況		備　　考 固定文言１
				課税区分	市町村民税所得割	編集１

非課税世帯	氏　　名	所　得	障害年金	手　当	合　　計
		円	円	円	円

世帯区分	

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

用具名	基準額	見積額	利用者負担	公費負担
	円	円	円	円

上記のとおり確認しました。

年　　月　　日

調査者

自由記載１

帳票詳細要件（01）

業務	11.補装具	帳票ID	0220211
帳票名称	01.調査書		

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	申請日		●			和暦表記
5	申請の種類		●			打ち出し形式 （例）購入（借受けの意向　〇）or 借受け or 修理 ※括弧書きの借受けの意向の〇は、管理項目「借受けの意向有無」の値によって印字すること。管理項目「借受けの意向有無」が未登録の場合は括弧書は印字不要
6	対象者	住所	●			
7		氏名（フリガナ）	●			
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		電話番号	●			
11	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。
12	世帯員の状況	氏名	●			世帯員が複数名となる場合は、世帯員毎に行を分けて印字すること（世帯員数が1枚に収まらない場合は改ページすること） ※1枚に印字する数は帳票レイアウトの行数に依存するため、パラメタ等にて変更可能とすること 世帯員の年齢については、基準日（システム日付時点、申請日時点など）をパラメタ等にて設定し、算出すること。 「編集１」項目について 文言マスタで、印字有無が「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		年齢	●			
14		対象者との続柄	●			
15		課税状況（課税区分）	●			
16		課税状況（市町村民税所得割）	●			
17		編集１	●			
18	非課税世帯	氏名	●			
19		所得	●			
20		障害年金	●			
21		手当	●			
22		合計	●			
23	世帯区分		●			所得区分を印字 打ち出し形式 （例）生活保護 or 低所得 or 一般 or 一定所得以上
24	基準額		●			複数補装具を1枚の調査書に印字する場合は、「基準額（用具毎）」で印字する複数行分の合計額を印字すること
25	見積額		●			複数補装具を1枚の調査書に印字する場合は、「見積額（用具毎）」で印字する複数行分の合計額を印字すること
26	月額負担上限額		●			
27	利用者負担額		●			複数補装具を1枚の調査書に印字する場合は、「利用者負担額（用具毎）」で印字する複数行分の合計額を印字すること
28	公費負担額		●			複数補装具を1枚の調査書に印字する場合は、「公費負担額（用具毎）」で印字する複数行分の合計額を印字すること
29	用具名（用具毎）		●			複数補装具を1枚の調査書に印字する場合は、補装具毎に行を分けて印字すること（補装具数が1枚に収まらない場合は改ページすること） 利用者負担(用具毎)は管理項目の法定内自己負担額＋超過分自己負担額を印字する ※1枚に印字する数は帳票レイアウトの行数に依存するため、パラメータ等にて変更可能とすること
30	基準額(用具毎)		●			
31	見積額(用具毎)		●			
32	利用者負担(用具毎)		●			
33	公費負担(用具毎)		●			
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。 例　支給番号：●●● 　　同月利用者負担額：９，９９０円

省令第５条第215号関係
適合基準日：令和８年４月１日

別添様式例第３号

送付先

第　　号
年　　月　　日

判　定　依　頼　書

身体障害者更生相談所長　様

市　町　村　長　印

下記の者に対する補装具の判定を依頼します。 **固定文言１**

対象者	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	住所			
身体障害者手帳	手帳番号		等級	
	交付日		再交付日	
障害名				
申請の種類				
最近６年間の補装具購入・借受け・修理状況				
判定依頼事項	**固定文言２＋編集１**			
備考	**固定文言３＋編集２**			

自由記載１

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

帳票詳細要件（02）

業務	11.補装具	帳票ID	0220212
帳票名称	02.判定依頼書		

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	送付先		●			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	文書番号		●			
5	発行日		●			和暦表記
6	依頼先		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	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
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	氏名（フリガナ）		●			
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		●			
14	身体障害者手帳	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		等級	●			障害種別 + 障害等級
17		再交付日	●			和暦表記
18	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
19	申請の種類		●			打ち出し形式 （例）購入（借受けの意向　〇） or 借受け or 修理 ※括弧書きの借受けの意向の〇は、管理項目「借受けの意向有無」の値によって印字すること。管理項目「借受けの意向有無」が未登録の場合は括弧書は印字不要
20	最近６年間の補装具購入・借受け・修理状況		●			直近６年分の補装具の過去履歴から支給に関する補装具名、決定年月日と購入・借受け・修理の種別を打ち出す。 例 車椅子（普通型）：令和3年9月20日　修理 車椅子（普通型）：令和元年8月10日　購入 歩行補助つえ（多点杖）：平成30年5月15日　購入
21	判定依頼事項 （固定文言２＋編集１）		●			判定依頼の対象となる補装具についての判定依頼事項を記載 文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 ※判定依頼事項として、補装具名、障害部位、取扱事業者、判定日、判定方法、会場など自治体の運用に応じて印字できることを目的に固定文言＋編集項目とする。 例　補装具名：義肢 障害部位：右下肢 取扱事業者名：●●事業者 判定日：令和3年10月20日 判定方法：通所 会場：●●●●
22	備考 （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。
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に、市区町村名から設定すること
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

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

判　定　通　知　書

対象者氏名 様

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

記

１．身体障害者手帳番号

２．判定依頼事項

固定文言２＋編集１

自由記載１

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

帳票詳細要件（03）

業務	11.補装具	帳票ID	0220213
帳票名称	03.判定通知書		

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	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
4	文書番号		●			
5	発行日		●			和暦表記
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	対象者氏名		●			
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。
11	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
12	判定依頼事項	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。 ※判定依頼事項として、申請日、用具名称、判定予定日、判定時間、会場などを印字することも目的に固定文言＋編集項目とする。
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	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
15		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
16		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
17		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
18		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

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

補装具費支給決定通知書

固定文言１

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

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

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

自由記載１

教　　示

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

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

教示文

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

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

帳票詳細要件（04）

業務	11.補装具	帳票ID	0220214
帳票名称	04.補装具費支給決定通知書		

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	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
4	文書番号		●			
5	発行日		●			和暦表記
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	対象者	住所	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
10		氏名（フリガナ）	●			
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		電話番号	●			
14	保護者氏名		●			
15	続柄		●			
16	支給番号		●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、支給番号をカンマ区切り等で印字を行う。
17	支給決定日		●			和暦表記
18	決定内容		●			打ち出し形式　（例）購入or借受けor修理
19	借受期間		●			和暦表記
20	補装具名		●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、補装具名をカンマ区切り等で印字を行う。 ※1回の支給決定で複数補装具を支給決定する場合、市区町村によっては1枚の支給決定通知書に複数補装具を印字するケースもあることから、カンマ区切りで印字可能という形で整理をしている。
21	補装具事業者	名称	●			
22		所在地	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
23		電話番号	●			
24	基準額		●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、複数補装具分の基準額の合計を印字する。
25	見積額		●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、複数補装具分の見積額の合計を印字する。
26	月額負担上限額		●			
27	利用者負担額	合計額	●			管理項目の法定内自己負担額＋超過分自己負担額を印字する。 複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、複数補装具分の法定内自己負担額＋超過分自己負担額の合計を印字する。
28	借受けの場合	月額（初月）	●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、複数補装具分の月額（初月）の合計を印字する。
29		月額（中間月）	●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、複数補装具分の月額（中間月）の合計を印字する。 ※機能ID：0221303を実装している場合で借受期間中に借受中間法定内自己負担額が変更となる場合は変更月および変更後の借受中間法定内自己負担額がわかるように印字する。
30		月額（最終月）	●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、複数補装具分の月額（最終月）の合計を印字する。
31	公費負担額	合計額	●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、複数補装具分の公費負担額の合計を印字する。
32	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。
33	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
34	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
35		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
36		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
37		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
38		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

別添様式例第８（１）号

自由記載１

補　装　具　費　支　給　券

支給番号		支給決定日		購入・借受け・修理の別	
借受け期間（借受けの場合）	年　月　日　～　年　月　日				
氏名		生年月日			
住所					
保護者氏名		続柄			
補装具の名称					
修理部位					
処方					
補装具事業者	名称				
	所在地				
	電話番号				

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

上記のとおり決定する。
年　月　日

市町村長　印

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

自由記載２

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

帳票詳細要件（05）

業務	11.補装具	帳票ID	0220215
帳票名称	05.補装具費支給券		

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	支給番号		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、支給番号をカンマ区切り等で印字を行う。
4	支給決定日		●			和暦表記
5	購入・借受・修理の別		●			打ち出し形式　（例）購入or借受けor修理 ※様式例第８（２）号、（３）号印刷時は出力しない
6	借受け期間		●			和暦表記
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	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
10	保護者氏名		●			
11	続柄		●			
12	補装具の名称		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、補装具名をカンマ区切り等で印字を行う。
13	修理部位		●			
14	処方		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、処方をカンマ区切り等で印字を行う。
15	補装具事業者	名称	●			
16		所在地	●			
17		電話番号	●			
18	基準額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の基準額の合計を印字する。
19	見積額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の見積額の合計を印字する。
20	月額負担上限額		●			
21	利用者負担額		●			管理項目の法定内自己負担額＋超過分自己負担額を印字する。 複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の法定内自己負担額＋超過分自己負担額の合計を印字する。 ※別添様式例第８(２)号の場合かつ機能ID：0221303を実装している場合、借受期間中に借受中間法定内自己負担額が変更となる場合は変更後の借受中間法定内自己負担額を印字する。
22	公費負担額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の公費負担額の合計を印字する。
23	発行日		●			和暦表記
24	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
27	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
28	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
29		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
30		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
31		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
32		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
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 バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は支給番号など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
34	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。 ※支給券に委任情報も印字して1枚にまとめている事例があり、紙の省略化に繋がることから委任者情報と受任者情報を印字を当該領域を利用して印字できるように対応。なお、委任状を専用帳票として帳票詳細要件07に定義している。

別添様式例第８（２）号

自由記載１

補　装　具　費　支　給　券

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

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

上記のとおり決定する。
年　月　日

市町村長　印

自由記載２

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

帳票詳細要件（05）

業務	11.補装具	帳票ID	0220215
帳票名称	05.補装具費支給券		

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	支給番号		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、支給番号をカンマ区切り等で印字を行う。
4	支給決定日		●			和暦表記
5	購入・借受・修理の別		●			打ち出し形式　（例）購入or借受けor修理 ※様式例第８（２）号、（３）号印刷時は出力しない
6	借受け期間		●			和暦表記
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	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
10	保護者氏名		●			
11	続柄		●			
12	補装具の名称		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、補装具名をカンマ区切り等で印字を行う。
13	修理部位		●			
14	処方		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、処方をカンマ区切り等で印字を行う。
15	補装具事業者	名称	●			
16		所在地	●			
17		電話番号	●			
18	基準額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の基準額の合計を印字する。
19	見積額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の見積額の合計を印字する。
20	月額負担上限額		●			
21	利用者負担額		●			管理項目の法定内自己負担額＋超過分自己負担額を印字する。 複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の法定内自己負担額＋超過分自己負担額の合計を印字する。 ※別添様式例第８(２)号の場合かつ機能ID：0221303を実装している場合、借受期間中に借受中間法定内自己負担額が変更となる場合は変更後の借受中間法定内自己負担額を印字する。
22	公費負担額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の公費負担額の合計を印字する。
23	発行日		●			和暦表記
24	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
27	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
28	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
29		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
30		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
31		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
32		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
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 バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は支給番号など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
34	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。 ※支給券に委任情報も印字して1枚にまとめている事例があり、紙の省略化に繋がることから委任者情報と受任者情報を印字を当該領域を利用して印字できるように対応。なお、委任状を専用帳票として帳票詳細要件07に定義している。

別添様式例第８（３）号

自由記載１

補　装　具　費　支　給　券

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

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

上記のとおり決定する。
年　月　日
市町村長　印

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

自由記載２

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

帳票詳細要件（05）

業務	11.補装具	帳票ID	0220215
帳票名称	05.補装具費支給券		

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	支給番号		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、支給番号をカンマ区切り等で印字を行う。
4	支給決定日		●			和暦表記
5	購入・借受・修理の別		●			打ち出し形式　（例）購入or借受けor修理 ※様式例第８（２）号、（３）号印刷時は出力しない
6	借受け期間		●			和暦表記
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	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
10	保護者氏名		●			
11	続柄		●			
12	補装具の名称		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、補装具名をカンマ区切り等で印字を行う。
13	修理部位		●			
14	処方		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、処方をカンマ区切り等で印字を行う。
15	補装具事業者	名称	●			
16		所在地	●			
17		電話番号	●			
18	基準額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の基準額の合計を印字する。
19	見積額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の見積額の合計を印字する。
20	月額負担上限額		●			
21	利用者負担額		●			管理項目の法定内自己負担額＋超過分自己負担額を印字する。 複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の法定内自己負担額＋超過分自己負担額の合計を印字する。 ※別添様式例第８(２)号の場合かつ機能ID：0221303を実装している場合、借受期間中に借受中間法定内自己負担額が変更となる場合は変更後の借受中間法定内自己負担額を印字する。
22	公費負担額		●			複数補装具を1枚の支給券に印字する場合は、複数補装具分の公費負担額の合計を印字する。
23	発行日		●			和暦表記
24	市町村長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
27	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
28	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
29		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
30		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
31		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
32		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
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 バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は支給番号など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
34	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。 ※支給券に委任情報も印字して1枚にまとめている事例があり、紙の省略化に繋がることから委任者情報と受任者情報を印字を当該領域を利用して印字できるように対応。なお、委任状を専用帳票として帳票詳細要件07に定義している。

別添様式例第９号

第　　号
年　　月　　日

窓空宛名

市　町　村　長　印

却下決定通知書

固定文言１

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

記

１　申請事項

固定文言２＋編集１

２　却下の理由

自由記載１

教示文

教　　示

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

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

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

（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	11.補装具	帳票ID	0220216
帳票名称	06.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	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
4	文書番号		●			
5	発行日		●			和暦表記
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	申請事項 （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。 ※申請事項の印字例として以下となる。 申請日：令和3年9月20日 対象者氏名：●●　●● 補装具名：義眼
10	却下の理由		●			管理項目「判定理由」を印字すること。
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	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。
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

様式番号

代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

年　　月　　日

（宛先）

固定文言１

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

支給券番号	
対象者氏名	
補装具名	
補装具価格	円
利用者負担額	円
補装具費請求額	円

請求者兼委任者（障害者又は障害児の保護者）　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

固定文言２

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、登録の口座に振り込んでください。

住　　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

受任者（事業者）　名　　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

自由記載１

帳票詳細要件（07）

業務	11.補装具	帳票ID	0220217
帳票名称	07.代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状		

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	宛先		●			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	支給券番号		●			複数補装具を1枚の代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状に印字する場合は、支給番号をカンマ区切り等で印字を行う。
6	対象者氏名		●			
7	補装具名		●			複数補装具を1枚の代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状に印字する場合は、補装具名をカンマ区切り等で印字を行う。
8	補装具価格		●			管理項目の見積額を印字する。 複数補装具を1枚の代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状に印字する場合は、複数補装具分の見積額の合計を印字する。
9	利用者負担額		●			管理項目の法定内自己負担額＋超過分自己負担額を印字する。 複数補装具を1枚の代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状に印字する場合は、複数補装具分の法定内自己負担額＋超過分自己負担額の合計を印字する。
10	補装具費請求額		●			管理項目の公費負担額を印字する。 複数補装具を1枚の代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状に印字する場合は、複数補装具分の公費負担額の合計を印字する。
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	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223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

市　町　村　長　印

補装具費支給決定のお知らせ（事業者向け）

固定文言１

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	年　月　日	電話番号	
保護者	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名			

支給番号		支給決定日	年　月　日
決定内容	（購入・借受け・修理）	借受け期間	年　月　日　～　年　月　日
補装具名			

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

備考	
固定文言２	固定文言３＋編集１

自由記載１

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

帳票詳細要件（08）

業務	11.補装具	帳票ID	0220218
帳票名称	08.補装具費支給決定のお知らせ（事業者向け）		

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	宛名		●			印字編集条件は障害者福祉共通：宛名印刷と同等だが、印字する情報は補装具事業者のものとなる。そのため、郵便番号や住所は補装具事業者のものを印字、氏名には補装具事業者名を印字すること。
4	文書番号		●			
5	発行日		●			和暦表記
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	対象者	住所	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
10		氏名（フリガナ）	●			
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		電話番号	●			
14	保護者	保護者住所	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
15		保護者氏名（フリガナ）	●			
16		保護者氏名	●			
17	支給番号		●			複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、支給番号をカンマ区切り等で印字を行う。
18	支給決定日		●			和暦表記
19	決定内容		●			打ち出し形式　（例）購入or借受けor修理
20	借受期間		●			和暦表記
21	補装具名		●			複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、補装具名をカンマ区切り等で印字を行う。 ※1回の支給決定で複数補装具を支給決定する場合、市区町村によっては1枚の支給決定通知書に複数補装具を印字するケースもあることから、カンマ区切りで印字可能という形で整理をしている。
22	基準額		●			複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、複数補装具分の基準額の合計を印字する。
23	見積額		●			複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、複数補装具分の見積額の合計を印字する。
24	利用者負担上限額		●			
25	利用者負担額	合計額	●			管理項目の法定内自己負担額＋超過分自己負担額を印字する。 複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、複数補装具分の法定内自己負担額＋超過分自己負担額の合計を印字する。
26	借受の場合	月額（初月）	●			複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、複数補装具分の月額（初月）の合計を印字する。
27		月額（中間月）	●			複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、複数補装具分の月額（中間月）の合計を印字する。 ※機能ID：0221303を実装している場合で借受期間中に借受中間法定内自己負担額が変更となる場合は変更月および変更後の借受中間法定内自己負担額がわかるように印字する。
28		月額（最終月）	●			複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、複数補装具分の月額（最終月）の合計を印字する。
29	公費負担額	合計額	●			複数補装具を1枚のお知らせ通知に印字する場合は、複数補装具分の公費負担額の合計を印字する。
30	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。
31	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。
32	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。
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

別添様式例第１号

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）市町村長

申請者	住　　所	
	氏　　名	
	個 人 番 号	
	対象者との続柄	
	電 話 番 号	

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。
補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

固定文言１

対象者	□　申請者と同じ　※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。				
	住　　所				
	フリガナ 氏　　名				
	個人番号				
	生年月日	年　　月　　日	電話番号		
身体障害者手帳 障　害　名	手帳番号	第　　号			
	交付年月日	年　月　日	障害種別・等級		
疾患名	（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令に規定する疾患名を記載のこと）				
購入・借受け・修理を受ける補装具名					
判定予定日					
希望する補装具事業者	名　称				
	所在地				
	電話番号		FAX		
該当する所得区分					
生活保護への移行予防措置に関する認定	□　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。				

自由記載１

帳票詳細要件（09）

業務	11.補装具	帳票ID	0220219
帳票名称	09.補装具費（購入・借受け・修理）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	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	申請日		●			和暦表記
4	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
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	対象者	住所	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
7		氏名（フリガナ）	●			
8		氏名	●			
9		個人番号			●	
10		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		電話番号	●			
12	身体障害者手帳障害名	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		障害種別・等級	●			″〇種〇級″の形式で印字
15		障害名	●			
16	疾患名		●			難病を印字すること
17	購入・借受け・修理を受ける補装具名		●			複数の補装具を1枚の申請書に印字する場合は、改行して印字すること。 記載例 義眼 車椅子
18	判定予定日		●			和暦表記
19	希望する補装具事業者	名称	●			
20		所在地	●			
21		電話番号	●			
22		FAX	●			
23	該当する所得区分		●			打ち出し形式（例）″生活保護″、″低所得″、″一般″、″一定所得以上″
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。

省令第５条第225号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

市　町　村　長　印

補装具費支給廃止通知書

固定文言１

標記のことについて、次のとおり廃止しましたので通知します。

対象者	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	年　月　日	電話番号	
保護者氏名			続柄	
支給番号		廃止日	年　月　日	
廃止理由				
申請種別		借受け期間	年　月　日　～　年　月　日	
補装具名				
補装具事業者	名　称			
	所在地	〒		
	電話番号			

自由記載１

教示文

教　　示

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

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

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

（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	11.補装具	帳票ID	0220258
帳票名称	10.補装具費支給廃止通知書		

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	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
4	文書番号		●			
5	発行日		●			和暦表記
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	対象者	住所	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
10		氏名（フリガナ）	●			
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		電話番号	●			
14	保護者氏名		●			
15	続柄		●			
16	支給番号		●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、支給番号をカンマ区切り等で印字を行う。
17	廃止日		●			和暦表記
18	廃止理由		●			
19	申請種別		●			打ち出し形式　（例）購入or借受けor修理
20	借受期間		●			和暦表記
21	補装具名		●			複数補装具を1枚の決定通知書に印字する場合は、補装具名をカンマ区切り等で印字を行う。 ※1回の支給決定で複数補装具を支給決定する場合、市区町村によっては1枚の支給決定通知書に複数補装具を印字するケースもあることから、カンマ区切りで印字可能という形で整理をしている。
22	補装具事業者	名称	●			
23		所在地	●			郵便番号＋改行＋住所＋全角スペース＋方書
24		電話番号	●			
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	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
27	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
28		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
29		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
30		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
31		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2号

（表　　面）

特別児童扶養手当受給資格者名簿

市　町　村　名
（　　）

年　月　日認定

整理番号		個人番号	

氏名		住所	〒 （　・　・　変更） （　・　・　変更）
生年月日	・　・	支払先金融機関	名称 / 口座番号等 / 公的給付支給等口座
受給者記号・番号	第　号		
手当月額	・　・　円（　）		有・無
	・　・　円（　）		有・無（　・　・　変更）
	・　・　円（　）		有・無（　・　・　変更）
	・　・　円（　）		
	・　・　円（　）		

支給対象障害児	等級	氏名	個人番号	続柄	生年月日	該当年月日	非該当予定年月日	非該当年月日	非該当事由	備考
						・　・	・　・	・　・		
						・　・	・　・	・　・		
						・　・	・　・	・　・		
						・　・	・　・	・　・		

受給資格喪失	喪失年月日	喪失事由
	・　・	
備考	固定文言１＋編集１	

帳票詳細要件（01）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220220
帳票名称	01.市町村　特別児童扶養手当受給資格者名簿（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	帳票タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	整理番号		●			
4	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。）
5	認定日		●			和暦表記
6	市区町村名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	受給資格者	フリガナ	●			
8		氏名	●			
9	受給資格者（変更履歴）	フリガナ	●			
10		氏名	●			
11	氏名変更日		●			短縮表記
12	生年月日		●			短縮表記
13	郵便番号		●			郵便番号
14	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
15	住所（変更履歴1）		●			住所＋全角スペース＋方書
16	住所変更日1		●			短縮表記
17	住所（変更履歴2）		●			住所＋全角スペース＋方書
18	住所変更日2		●			短縮表記
19	支払金融機関	名称	●			金融機関名、支店名、口座種別を印字すること
20		口座番号等	●			口座番号（もしくは記号番号）、口座名義人カナを印字すること。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。
21		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
22	支払金融機関（変更履歴1）	名称	●			金融機関名、支店名、口座種別を印字すること
23		口座番号等	●			口座番号（もしくは記号番号）、口座名義人カナを印字すること。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。
24		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
25	支払金融機関変更日1		●			短縮表記
26	支払金融機関（変更履歴2）	名称	●			金融機関名、支店名、口座種別を印字すること
27		口座番号等	●			口座番号（もしくは記号番号）、口座名義人カナを印字すること。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。
28		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
29	支払金融機関変更日2		●			短縮表記
30	受給者記号・番号		●			
31	手当月額①	支給開始年月または改定年月	●			短縮表記
32		手当月額	●			金額のみ印字すること
33	手当月額②	支給開始年月または改定年月	●			短縮表記
34		手当月額	●			金額のみ印字すること
35	・・・					
36	手当月額⑤	支給開始年月または改定年月	●			短縮表記
37		手当月額	●			金額のみ印字すること
45	支給対象障害児①	等級	●			
46		氏名	●			
47		個人番号			●	
48		続柄	●			受給者から見た続柄
49		生年月日	●			短縮表記
50		該当年月日	●			短縮表記
51		非該当予定年月日	●			短縮表記
52		非該当年月日	●			短縮表記
53		非該当事由	●			
54	支給対象障害児②	等級	●			
55		氏名	●			
56		個人番号			●	
57		続柄	●			受給者から見た続柄
58		生年月日	●			短縮表記
59		該当年月日	●			短縮表記
60		非該当予定年月日	●			短縮表記
61		非該当年月日	●			短縮表記
62		非該当事由	●			
63	・・・					
64	支給対象障害児④	等級	●			
65		氏名	●			
66		個人番号			●	
67		続柄	●			受給者から見た続柄
68		生年月日	●			短縮表記
69		該当年月日	●			短縮表記
70		非該当予定年月日	●			短縮表記
71		非該当年月日	●			短縮表記
72		非該当事由	●			
73	受給資格喪失年月日		●			短縮表記
74	受給資格喪失事由		●			
75	備考 （固定文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。 　有期認定年月：令和4年10月

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220220
帳票名称	01.市町村　特別児童扶養手当受給資格者名簿（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	
76	※受給資格者のフリガナ氏名が3件以上、住所が4件以上、支払金融機関が4件以上、手当月額が6件以上、支給対象障害児が5件以上のいずれかの場合は改ページすること				

（裏　　面）

整理番号		氏　名		受給者記号・番号	第　　号

特別児童扶養手当支払記録

	区　　分	年	年	年	年
所得状況届	届　出　の　有　無	有・無	有・無	有・無	有・無
	所得制限の該当・非該当の別	該・非（災）	該・非（災）	該・非（災）	該・非（災）
	所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	円　人	円　人	円　人	円　人
支　給　停　止		年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで

区　分		氏　名	個人番号	受給資格者との続柄	受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	総所得金額等の合計額	備　考（控除の種類等）
年	受給資格者			本　人			円	編集１
	配・扶						円	
	配・扶						円	
年	受給資格者			本　人			円	
	配・扶						円	
	配・扶						円	
年	受給資格者			本　人			円	
	配・扶						円	
	配・扶						円	

帳票詳細要件（02）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220221
帳票名称	02.市町村　特別児童扶養手当受給資格者名簿（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	整理番号		●			
2	氏名		●			
3	受給者記号・番号		●			
4	所得状況届/支給停止①	届出すべき年の区分	●			
5		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
6		所得制限の該当・非該当の別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
7		所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	●			所得額は「控除後の所得額」（所得状況届の⑰）を印字する
8		支給停止開始年月	●			短縮表記
9		支給停止終了年月	●			短縮表記
10	所得状況届/支給停止②	届出すべき年の区分	●			
11		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
12		所得制限の該当・非該当の別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
13		所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	●			所得額は「控除後の所得額」（所得状況届の⑰）を印字する
14		支給停止開始年月	●			短縮表記
15		支給停止終了年月	●			短縮表記
16	・・・					
17	所得状況届/支給停止④	届出すべき年の区分	●			
18		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
19		所得制限の該当・非該当の別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
20		所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	●			所得額は「控除後の所得額」（所得状況届の⑰）を印字する
21		支給停止開始年月	●			短縮表記
22		支給停止終了年月	●			短縮表記
23	手当支払記録①-受給資格者	所得年	●			
24		氏名	●			
25		個人番号			●	
26		受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	●			
27		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
28		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 　控除後所得額：X,XXX,XXX円
29	手当支払記録①-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
30		氏名	●			
31		個人番号			●	
32		受給資格者の続柄	●			
33		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
34		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
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1：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 　控除後所得額：X,XXX,XXX円
36	手当支払記録①-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
37		氏名	●			
38		個人番号			●	
39		受給資格者の続柄	●			
40		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
41		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
42		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 　控除後所得額：X,XXX,XXX円
43	手当支払記録②-受給資格者	所得年	●			
44		氏名	●			
45		個人番号			●	
46		受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	●			
47		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する

帳票詳細要件（02）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220221
帳票名称	02.市町村　特別児童扶養手当受給資格者名簿（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	
48		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
49	手当支払記録②-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
50		氏名	●			
51		個人番号			●	
52		受給資格者の続柄	●			
53		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
54		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
55		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
56	手当支払記録②-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
57		氏名	●			
58		個人番号			●	
59		受給資格者の続柄	●			
60		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
61		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
62		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
63	手当支払記録③-受給資格者	所得年	●			
64		氏名	●			
65		個人番号			●	
66		受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	●			
67		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
68		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
69	手当支払記録③-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
70		氏名	●			
71		個人番号			●	
72		受給資格者の続柄	●			
73		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
74		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
75		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
76	手当支払記録③-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
77		氏名	●			
78		個人番号			●	
79		受給資格者の続柄	●			
80		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
81		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
82		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円

様式第３号　　（表　　面）

特別児童扶養手当受給資格者台帳

整理番号		個人番号		年　月　日認定	指定都市名（　　）

氏名		住所	〒	支払金融機関	名称	口座番号等 / 公的給付支給等口座
						有・無
			（　．　．　変更）			有・無
						（　・　・　変更）
			（　．　．　変更）			有・無
生年月日	．　．					（　・　・　変更）

受給者記号・番号	第　　号	手当月額	・　・　円（　　）
			・　・　円（　　）
			・　・　円（　　）
			・　・　円（　　）

支障給害対児象	等級	氏名	個人番号	続柄	生年月日	該当年月日	有期診断日等	非該当予定年月日	非該当年月日	非該当事由
					．　．	．　．		．　．	．　．	
					．　．	．　．		．　．	．　．	
					．　．	．　．		．　．	．　．	
					．　．	．　．		．　．	．　．	

所得状況届	区分	年	年	年	年
	届出の有無	有・無	有・無	有・無	有・無
	所得制限の該当・非該当の別	該・非（災）	該・非（災）	該・非（災）	該・非（災）
	所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	円　人	円　人	円　人	円　人
支給停止		年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで	年　月から 年　月まで

受給資格喪失	喪失年月日	・　・	喪失事由	
備考	固定文言１＋編集１			

帳票詳細要件（03）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220222
帳票名称	03.指定都市　特別児童扶養手当受給資格者台帳（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	帳票タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	整理番号		●			
4	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。）
5	認定日		●			和暦表記
6	実施機関名	市名	●			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。
7	受給資格者	フリガナ	●			
8		氏名	●			
9	受給資格者（変更履歴）	フリガナ	●			
10		氏名	●			
11	氏名変更日		●			短縮表記
12	生年月日		●			短縮表記
13	郵便番号		●			郵便番号
14	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
15	住所（変更履歴1）		●			住所＋全角スペース＋方書
16	住所変更日1		●			短縮表記
17	住所（変更履歴2）		●			住所＋全角スペース＋方書
18	住所変更日2		●			短縮表記
19	支払金融機関	名称	●			金融機関名、支店名、口座種別を印字すること
20		口座番号等	●			口座番号（もしくは記号番号）、口座名義人カナを印字すること。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。
21		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
22	支払金融機関（変更履歴1）	名称	●			金融機関名、支店名、口座種別を印字すること
23		口座番号等	●			口座番号（もしくは記号番号）、口座名義人カナを印字すること。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。
24		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
25	支払金融機関変更日1		●			短縮表記
26	支払金融機関（変更履歴2）	名称	●			金融機関名、支店名、口座種別を印字すること
27		口座番号等	●			口座番号（もしくは記号番号）、口座名義人カナを印字すること。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。
28		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
29	支払金融機関変更日2		●			短縮表記
30	受給者記号・番号		●			
38	手当月額①	支給開始年月又は改定年月	●			短縮表記
39		手当月額	●			金額のみ印字すること
40	手当月額②	支給開始年月又は改定年月	●			短縮表記
41		手当月額	●			金額のみ印字すること
42	・・・					
43	手当月額④	支給開始年月又は改定年月	●			短縮表記
44		手当月額	●			金額のみ印字すること
45	支給対象障害児①	等級	●			
46		氏名	●			
47		個人番号			●	
48		続柄	●			
49		生年月日	●			短縮表記
50		該当年月日	●			短縮表記
51		有期診断日等	●			短縮表記
52		非該当予定年月日	●			短縮表記
53		非該当年月日	●			短縮表記
54		非該当事由	●			
55	支給対象障害児②	等級	●			
56		氏名	●			
57		個人番号			●	
58		続柄	●			
59		生年月日	●			短縮表記
60		該当年月日	●			短縮表記
61		有期診断日等	●			短縮表記
62		非該当予定年月日	●			短縮表記
63		非該当年月日	●			短縮表記
64		非該当事由	●			
65	・・・					
66	支給対象障害児④	等級	●			
67		氏名	●			
68		個人番号			●	
69		続柄	●			
70		生年月日	●			短縮表記
71		該当年月日	●			短縮表記
72		有期診断日等	●			短縮表記
73		非該当予定年月日	●			短縮表記
74		非該当年月日	●			短縮表記
75		非該当事由	●			
76	所得状況届/支給停止①	年度	●			
77		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
78		所得制限の該当・非該当の別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
79		所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	●			所得額は「控除後の所得額」（所得状況届の⑰）を印字する

帳票詳細要件（03）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220222
帳票名称	03.指定都市　特別児童扶養手当受給資格者台帳（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	
80		支給停止開始年月	●			短縮表記
81		支給停止終了年月	●			短縮表記
82	所得状況届/支給停止②	年度	●			
83		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
84		所得制限の該当・非該当の別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
85		所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	●			所得額は「控除後の所得額」（所得状況届の⑰）を印字する
86		支給停止開始年月	●			短縮表記
87		支給停止終了年月	●			短縮表記
88	・・・					
89	所得状況届/支給停止④	年度	●			
90		届出の有無	●			打ち出し形式　（例1）有、（例2）無
91		所得制限の該当・非該当の別	●			打ち出し形式　（例1）該、（例2）非
92		所得額・扶養人数・控除（障・特障・老・勤）	●			所得額は「控除後の所得額」（所得状況届の⑰）を印字する
93		支給停止開始年月	●			短縮表記
94		支給停止終了年月	●			短縮表記
95	受給資格喪失年月日		●			短縮表記
96	受給資格喪失事由		●			
97	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。 有期認定年月：令和4年10月
98	※受給資格者のフリガナ氏名が3件以上、住所が4件以上、支払金融機関が4件以上、手当月額が5件以上、支給対象障害児が5件以上、所得状況届/支給停止が5件以上のいずれかの場合は改ページすること					

（裏　　面）

整理番号		氏　名		受給者記号・番号	第　　号

特別児童扶養手当支払記録

区　　分		氏　　名	個人番号	受給資格者との続柄	受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	総所得金額等の合計額	備　　考（控除の種類等）
年	受給資格者			本人			円	編集１
	配・扶						円	
年	配・扶						円	
年	受給資格者			本人			円	
	配・扶						円	
年	配・扶						円	

区　　分		年		年		年		年	
		①	②	①	②	①	②	①	②
12月渡	8月分	円		円		円		円	
	9月分	円		円		円		円	
	10月分	円		円		円		円	
	11月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済年月日	・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・	
4月渡	12月分	円		円		円		円	
	1月分	円		円		円		円	
	2月分	円		円		円		円	
	3月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済年月日	・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・	
8月渡	4月分	円		円		円		円	
	5月分	円		円		円		円	
	6月分	円		円		円		円	
	7月分	円		円		円		円	
	計	円		円		円		円	
	支払済年月日	・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・　・		・　・ ・ ・	

帳票詳細要件（04）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220223
帳票名称	04.指定都市　特別児童扶養手当受給資格者台帳（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	受給資格者整理番号		●			
2	受給資格者氏名		●			
3	受給者記号・番号		●			
4	手当支払記録①-受給資格者	所得年	●			
5		氏名	●			
6		受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	●			
7		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
8		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
9	手当支払記録①-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
10		氏名	●			
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。（以降の個人番号も同様。）
12		受給資格者の続柄	●			
13		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
14		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
15		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
16	手当支払記録①-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
17		氏名	●			
18		個人番号			●	
19		受給資格者の続柄	●			
20		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
21		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
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。 例）印字すべき管理項目1：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
23	手当支払記録②-受給資格者	所得年	●			
24		氏名	●			
25		受給資格者の所得に係る税法上の扶養親族等の数及び12月31日現在の生計維持した児童の合計数	●			
26		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪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。 例）印字すべき管理項目1：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
28	手当支払記録②-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
29		氏名	●			
30		個人番号			●	
31		受給資格者の続柄	●			
32		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
33		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する
34		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
35	手当支払記録②-配・扶	区分	●			「配偶者」もしくは「扶養義務者」
36		氏名	●			
37		個人番号			●	
38		受給資格者の続柄	●			
39		配偶者又は扶養義務者の所得に係る税法上の扶養親族等の数	●			
40		総所得金額等の合計額	●			所得状況届の⑪を印字する

帳票詳細要件（04）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220223
帳票名称	04.指定都市　特別児童扶養手当受給資格者台帳（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	
41		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：「控除後所得額」、印字有無：「有」、前付加文言：「控除後所得額：」、後付加文言：「円」 控除後所得額：X,XXX,XXX円
42	区分（12月渡）-1	年度		●		
43		8月分		●		
44		9月分		●		
45		10月分		●		
46		11月分		●		
47		計		●		
48		支払済年月日		●		短縮表記
49		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
50	区分（12月渡）-2	年度		●		
51		8月分		●		
52		9月分		●		
53		10月分		●		
54		11月分		●		
55		計		●		
56		支払済年月日		●		短縮表記
57		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
58	区分（12月渡）-3	年度		●		
59		8月分		●		
60		9月分		●		
61		10月分		●		
62		11月分		●		
63		計		●		
64		支払済年月日		●		短縮表記
65		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
66	区分（12月渡）-4	年度		●		
67		8月分		●		
68		9月分		●		
69		10月分		●		
70		11月分		●		
71		計		●		
72		支払済年月日		●		短縮表記
73		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
74	区分（4月渡）-1	年度		●		
75		12月分		●		
76		1月分		●		
77		2月分		●		
78		3月分		●		
79		計		●		
80		支払済年月日		●		短縮表記
81		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
82	区分（4月渡）-2	年度		●		
83		12月分		●		
84		1月分		●		
85		2月分		●		
86		3月分		●		
87		計		●		
88		支払済年月日		●		短縮表記
89		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
90	区分（4月渡）-3	年度		●		
91		12月分		●		
92		1月分		●		
93		2月分		●		
94		3月分		●		
95		計		●		
96		支払済年月日		●		短縮表記
97		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
98	区分（4月渡）-4	年度		●		
99		12月分		●		
100		1月分		●		
101		2月分		●		
102		3月分		●		
103		計		●		
104		支払済年月日		●		短縮表記
105		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
106	区分（8月渡）-1	年度		●		
107		4月分		●		
108		5月分		●		
109		6月分		●		
110		7月分		●		
111		計		●		

帳票詳細要件（04）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220223
帳票名称	04.指定都市　特別児童扶養手当受給資格者台帳（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	
112		支払済年月日		●		短縮表記
113		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
114	区分（8月渡）-2	年度		●		
115		4月分		●		
116		5月分		●		
117		6月分		●		
118		7月分		●		
119		計		●		
120		支払済年月日		●		短縮表記
121		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
122	区分（8月渡）-3	年度		●		
123		4月分		●		
124		5月分		●		
125		6月分		●		
126		7月分		●		
127		計		●		
128		支払済年月日		●		短縮表記
129		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。
130	区分（8月渡）-4	年度		●		
131		4月分		●		
132		5月分		●		
133		6月分		●		
134		7月分		●		
135		計		●		
136		支払済年月日		●		短縮表記
137		②		●		調整区分コード、調整日、調整理由、調整額の内容に応じて印字すること。印字場所は調整日で判断すること。

様式第4号

第　　号

年　　月　　日

都道府県知事　殿

市　町　村　長

特別児童扶養手当関係書類　提　出／再提出　書

件　　名	件　　数
	外　　件
	外　　件
	外　　件
	外　　件
	外　　件

備考

自由記載１

帳票詳細要件（05）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220224
帳票名称	05.特別児童扶養手当関係書類提出書		

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	文書番号		●			
3	発行日		●			和暦表記
4	都道府県名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	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
7	タイトル		●			提出又は再提出のそれぞれをパラメタなどにより初期設定が行えること
8	1明細目	件名	●			認定請求、受給資格喪失届等の申請区分を印字
9		件数	●			上記申請区分に該当する件数を印字
10	2明細目	件名	●			
11		件数	●			
12	3明細目	件名	●			
13		件数	●			
14	4明細目	件名	●			
15		件数	●			
16	5明細目	件名	●			
17		件数	●			
18	備考		●			
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	※6明細以上は2ページ以降に改ページする					

様式第7号

第　　号
年　　月　　日

都道府県知事　殿

市　町　村　長

特別児童扶養手当住所・支払金融機関変更届処理済報告書

変更届書の種類	処理済年月日	受給者記号・番号	受給資格者氏名	住所変更届又は支払金融機関変更届の場合	
				旧	新

自由記載１

帳票詳細要件（07）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220226
帳票名称	07.特別児童扶養手当住所・支払金融機関変更届処理済報告書		

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	都道府県名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	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
7	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	1明細目	変更届書の種類	●			
9		処理済年月日	●			短縮表記
10		受給者記号・番号	●			
11		受給資格者氏名	●			
12		住所変更届又は支払金融機関変更届の場合（旧）	●			
13		住所変更届又は支払金融機関変更届の場合（新）	●			
14	2明細目	変更届書の種類	●			
15		処理済年月日	●			短縮表記
16		受給者記号・番号	●			
17		受給資格者氏名	●			
18		住所変更届又は支払金融機関変更届の場合（旧）	●			
19		住所変更届又は支払金融機関変更届の場合（新）	●			
20	・・・					
21	N明細目	変更届書の種類	●			
22		処理済年月日	●			短縮表記
23		受給者記号・番号	●			
24		受給資格者氏名	●			
25		住所変更届又は支払金融機関変更届の場合（旧）	●			
26		住所変更届又は支払金融機関変更届の場合（新）	●			
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
28	※N+1明細以上は2ページ以降に改ページする					

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書の提出について

（申請者）　　様

市　町　村　長　印

あなたが受給している特別児童扶養手当について、支給対象児童の再認定時期となりましたので、下記のとおり書類を提出してください。
なお、正当な理由がなく提出期限内に提出しない場合には、特別児童扶養手当等の支給に関する法律第１１条の規定により[固定文言１]の翌月分から手当を受けることができなくなります。
また、手当が所得制限により支給停止となる場合は、診断書の提出を省略することができます。

記

受給資格者 氏　　名		受　給　者 記号・番号	
対象児童氏名			
提出書類 **固定文言２**	**固定文言３＋編集１** 1.　障害状態再審査（診断）請求書 2.　特別児童扶養手当認定診断書 ※診断書は、提出期限の月又はその前月中に作成してください。 ※障害の種類によって診断書の様式は異なります。		
提出期限	から　　まで		
備　　考 **固定文言４**	**固定文言５＋編集２**		

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

帳票詳細要件（09）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220228
帳票名称	09.特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書の提出について		

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	申請者氏名		●			
7	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
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	受給者氏名		●			
11	受給者記号・番号		●			
12	対象児童氏名		●			有期認定年月が同時期となる対象児童が複数である場合、●●、●●と印字すること。
13	提出書類 （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	提出期限		●			和暦表記。有期認定年月を印字
16	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。
17	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。 例）印字すべき管理項目1：「整理番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「整理番号：」、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。 整理番号：123456
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233号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当所得状況届の提出について

（申請者）　　様

市　町　村　長　印

あなたが受給している特別児童扶養手当について、所得審査のため毎年所得状況届を提出していただく必要がありますので、下記のとおり書類を提出してください。
なお、正当な理由がなく提出期間内に提出しない場合には、本年８月分から手当を受けることができなくなります。

固定文言１

記

受給者氏名		受　給　者 記号・番号	
提出書類 固定文言２	固定文言３ 1.　特別児童扶養手当所得状況届 2.　別居監護申立書（請求者と対象児童が別居している場合に必要） 3.　養育申立書（請求者が対象児童の父母以外である場合に必要） 4.　住所要件に関する申立書（DV等により住民票上の住所と異なる場所に居住している場合に必要） ※申立書には民生（児童）委員等の証明が必要です。		
提出期間	８月12日から９月11日まで　固定文言４（土・日・祝日は除く）		
備　　考 固定文言５	固定文言６＋編集１		

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

帳票詳細要件（10）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220229
帳票名称	10.特別児童扶養手当所得状況届の提出について		

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	申請者氏名		●			
7	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
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	受給者氏名		●			
11	受給者記号・番号		●			
12	提出書類 （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	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	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。
17	備考 （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。
18	固定文言６＋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：「整理番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「整理番号：」、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。 　整理番号：123456
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

様式第六号(第四条関係)

自由記載１
A201100000020A

(表　面)

※※整理番号　第　　号	※市区町村受付年月日　・　・	※市区町村提出　・　・

特別児童扶養手当所得状況届　(　　年分)

①受給者記号・番号　第　　号		②氏名		③住所	〒
④個人番号		⑤受給資格者	⑥配偶者	⑦扶養義務者	
氏名					
⑧個人番号					
⑨同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給者については、㋑70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㋺特定扶養親族の数、㋩16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))		人 ㋑　人) ㋺　人) ㋩　人)	人 (　　人)	人 (　　人)	人 (　　人)
⑩⑨以外で前年の12月31日において受給資格者によって生計を維持していた児童		人			

⑪所得額		円	※円	円	※円	円	※円	円	※円
控除	⑫障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円
	⑬特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円
	⑭障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
	⑮	円	円	円	円	円	円	円	円
		円	円	円	円	円	円	円	円
	⑯社会保険料等相当額		円		円		円		円
⑰控除後の所得額		円		円		円		円	

⑱本年８月１日における支給対象障害児の状況

障害児氏名	続柄	個人番号	生年月日	同居別居の別	主な日中の所在(在学学校名等)
			・　・	同居 別居	
			・　・	同居 別居	
			・　・	同居 別居	
			・　・	同居 別居	
			・　・	同居 別居	

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

固定文言１

上記のとおり、所得状況を届け出ます。

年　月　日

知事・市長　殿　　氏名　　電話番号

※審査	⑤～⑰欄の記載事項		⑱の欄及びその他の欄の記載事項	
	上記のとおり、相違ありません。 年　月　日 市区町村長			

※※所得制限額　　以上・未満

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。　(A列4番)

（裏面）

注意

1　この届は、毎年8月12日から9月11日までの間に出してください。この期間中に出さないと手当の支払が差し止められることがあります。

なお、本年7月以降に認定請求書を出している方は、出す必要がありません。

2　⑦の欄は、あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している）あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。

3　⑨の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族（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。）（以下「扶養親族等」といいます。）の合計数を記入してください。

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

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

(2)　配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。

4　⑩の欄の「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。）又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。

5　⑪の欄は、前年の所得について、都道府県民税の総所得金額（給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額）、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額（譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額）及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。

6　⑫及び⑬の欄は、扶養親族等について該当する人の数を記入してください。

7　⑭の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法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。

8　⑮の欄は、前年の所得について、地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、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等を記入してください。

9　本年1月2日以後現住所に転入された方は、⑨から⑮の欄に記入した事項について、前の住所地の市区町村長の証明書を添えて出してください。

10　この届について分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

自由記載２

帳票詳細要件（11）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220230
帳票名称	11.特別児童扶養手当所得状況届		

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	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
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	年		●			和暦表記
5	受給者	①受給者記号・番号	●			
6		②氏名	●			
7		③住所（郵便番号）	●			郵便番号
8		③住所	●			住所＋全角スペース＋方書
9		④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	⑥配偶者	氏名	●			
11		⑧個人番号			●	
12	⑦扶養義務者1	氏名	●			
13		⑧個人番号			●	
14	⑦扶養義務者2	氏名	●			
15		⑧個人番号			●	
16	⑤受給資格者	⑨		●		
17		⑨イ		●		
18		⑨ロ		●		
19		⑨ハ		●		
20		⑩		●		
21		⑪		●		
22		⑫		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
23		⑬		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
24		⑭		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
25		⑮		●		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　⑤～⑰欄の記載事項」欄に印字すること）
26		⑯		●		
27		⑰		●		
28	⑥配偶者	⑨		●		
29		老人扶養親族の数		●		
30		⑪		●		
31		⑫		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
32		⑬		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
33		⑭		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
34		⑮		●		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　⑤～⑰欄の記載事項」欄に印字すること）
35		⑯		●		
36		⑰		●		
37	⑦扶養義務者1	⑨		●		
38		老人扶養親族の数		●		
39		⑪		●		
40		⑫		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
41		⑬		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
42		⑭		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
43		⑮		●		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　⑤～⑰欄の記載事項」欄に印字すること）
44		⑯		●		
45		⑰		●		
46	⑦扶養義務者2	⑨		●		
47		老人扶養親族の数		●		
48		⑪		●		
49		⑫		●		
50		⑬		●		
51		⑭		●		
52		⑮		●		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　⑤～⑰欄の記載事項」欄に印字すること）
53		⑯		●		
54		⑰		●		
55	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。
56	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
57	※審査	⑤～⑰欄の記載事項		●		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）
58	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235号関係

様式番号

窓空宛名

自由記載１

通　　番	
受　給　者 記号・番号	

特別児童扶養手当現況届　（　　年度）

受給者	フリガナ		生年月日	
	氏　　名			
	住　　所	〒	電話番号	
支給対象障害児１人目	氏　　名		生年月日	
	施設への入所状況	□入所中　□入所予定 年　月　日から	□入所していた 年　月　日から 年　月　日まで	□入所していない
		施設名（※1）		
	公的年金の受給状況	□受給している　□申請中		□受給していない
		年金の名称（※2）	年金の種類（※3）	基礎年金番号
支給対象障害児２人目	氏　　名		生年月日	
	施設への入所状況	□入所中　□入所予定 年　月　日から	□入所していた 年　月　日から 年　月　日まで	□入所していない
		施設名（※1）		
	公的年金の受給状況	□受給している　□申請中		□受給していない
		年金の名称（※2）	年金の種類（※3）	基礎年金番号

（※1）児童福祉施設等（母子生活支援施設、保育所、通所施設を除く）をご記入ください。
（※2）国民年金・厚生年金・共済年金・船員年金・恩給・労災年金・その他（名称）をご記入ください。
（※3）障害年金・障害補償年金をご記入ください。

固定文言１

上記のとおり届出します。

年　　月　　日

氏　　名

知事・市長　殿

電話番号

自由記載２

帳票詳細要件（12）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220231
帳票名称	12.特別児童扶養手当現況届		

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	受給者記号・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	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。 所得状況の確認の同意文として、例えば、「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。」を追加するなど
15	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
16	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

様式第十一号(第十七条関係)

第　　号
年　　月　　日

窓空宛名

特別児童扶養手当認定通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

申　請　日付けで請求のありました特別児童扶養手当については、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

受給者氏名		受給者住所			
支給対象障害児の氏名	1級 2級		1級 2級		
	1級 2級		1級 2級		
	1級 2級		1級 2級		
支給対象障害児数	(1級)　人 (2級)　人		支給手当月額	円	
支給開始年月	年　月分から		受給者記号・番号	第　号	
支払金融機関	支払方法		支払金融機関名		口座番号	
備考	固定文言１＋編集１				

◎ 裏面の注意をよく読んでください。

固定文言２　(A列4番)

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

（裏 面）

注意

1　特別児童扶養手当認定通知書を受けた方の特別児童扶養手当は金融機関の口座への振り込み又は郵便局への送金により受けることになっています。

なお、特別児童扶養手当を郵便局への送金により受ける場合は、特別児童扶養手当送金通知書及び特別児童扶養手当受給証明書とともに、印鑑証明書又は身分証明書等の正当な受取人又はその代理人であることを証する書面を支払郵便局へ持参することにより受けることになっています。

固定文言３

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

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

3　この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県（政令指定都市の場合は市）を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。）、提起することができます。

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

教示文

帳票詳細要件（13）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220232
帳票名称	13.特別児童扶養手当認定通知書		

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	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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	支給対象児童の氏名①	児童氏名	●			
12		1級・2級	●			1級・2級を選択
13	支給対象児童の氏名②	児童氏名	●			
14		1級・2級	●			1級・2級を選択
15	支給対象児童の氏名③	児童氏名	●			
16		1級・2級	●			1級・2級を選択
17	支給対象児童の氏名④	児童氏名	●			
18		1級・2級	●			1級・2級を選択
19	支給対象児童の氏名⑤	児童氏名	●			
20		1級・2級	●			1級・2級を選択
21	支給対象児童の氏名⑥	児童氏名	●			
22		1級・2級	●			1級・2級を選択
23	支給対象障害児数	1級	●			人数を印字
24		2級	●			人数を印字
25	支給手当月額		●			
26	支給開始年月		●			
27	受給者記号・番号		●			
37	支払金融機関	支払方法	●			
38		支払金融機関名	●			銀行名＋改行＋支店名＋改行＋口座種別
39		口座番号	●			口座番号＋改行＋口座名義人カナ 記号番号の場合は、口座番号に代えて、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
28	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。 　有期認定年月：令和4年10月
29	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。
30	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
31		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋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	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。
36	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

省令第５条第237号関係

様式第十一号の二(第十七条関係)

第　　号
年　　月　　日

窓空宛名

特別児童扶養手当支給停止通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

固定文言１

あなたは、特別児童扶養手当等の支給に関する法律(第6条、第7条、第8条)の規定により、下記のとおり支給停止となりましたので通知します。

記

受給資格者 氏　　名		受給資格者 住　　所	
支給停止の 期　　間	年　　月から 年　　月まで	受　給　者 記号・番号	第　　号
備　　考	固定文言２＋編集１		

◎　裏面の注意をよく読んでください。

(A列4番)

固定文言３

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

（裏　面）

注意

1　特別児童扶養手当所得状況届は毎年8月12日から9月11日までの間に出してください。この届を出さないと支給停止の期間の経過後も手当の支払がされません。

なお、本年7月以降に認定請求書を出している方又は支給停止の事由が継続している方は、本年の所得状況届は出す必要がありません。

固定文言４

2　支給停止中の期間内に、あなた又はあなたの配偶者、扶養義務者（父母、祖父母、子、孫、兄弟姉妹など）で震災、風水害、火災などの災害により、住宅、家財その他の財産についてその価格のおおむね2分の1以上の損害を受けた場合には、支給停止が解除されることがありますので、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

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

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

4　この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県（政令指定都市の場合は市）を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。）、提起することができます。

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

教示文

帳票詳細要件（14）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220233
帳票名称	14.特別児童扶養手当支給停止通知書		

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	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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	受給資格者氏名		●			
10	受給資格者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給停止の期間	開始年月	●			和暦表記
12		終了年月	●			和暦表記
13	受給者記号・番号		●			
14	備考（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。 　有期認定年月：令和4年10月
15	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	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
21	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。
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

省令第５条第238号関係

様式第十二号(第十八条関係)

第　　号

年　　月　　日

窓空宛名

特別児童扶養手当認定請求却下通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

申　請　日付けで特別児童扶養手当の認定の請求がありましたが、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

氏　　名	
住　　所	
却下した理由	

自由記載１

教示文

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

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

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は、を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

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

(A列4番)

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住　　所　123-4567　●●市●●１－２－３

電話番号　987-6543-2111　FAX番号　123-456-7890

メール　　xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件（15）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220234
帳票名称	15.特別児童扶養手当請求却下通知書		

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	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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	氏名		●			
10	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	却下した理由		●			
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
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	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
15		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
16		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
17		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
18		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239号関係

様式第十三号(第十九条関係)

第　　号
年　　月　　日

窓空宛名

特別児童扶養手当額改定通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

下記のとおり、特別児童扶養手当の額を改**固定文言１**ので通知します。

記

受給者	氏　　名		受給者記号・番号	第　　号	
	住　　所				
新たに対象となる障害児名		(1)		(2)	
改定前	支給対象障害児数	(1級)　　人	改定後	支給対象障害児数	(1級)　　人
		(2級)　　人			(2級)　　人
	手当月額	円		手当月額	円
改定年月		年　　月分から			
備　　考		**固定文言２＋編集１**			

注意　(A列4番)

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

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

2　この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)**教示文**の通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は市)を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

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

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

帳票詳細要件（16）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220235
帳票名称	16.特別児童扶養手当額改定通知書		

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	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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		受給者記号・番号	●			
11		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
12	新たに対象となる障害児名	（１）	●			
13		（２）	●			
14	改定前　支給対象障害児数	1級	●			人数を印字
15		2級	●			人数を印字
16		手当月額	●			
17	改定後　支給対象障害児数	1級	●			人数を印字
18		2級	●			人数を印字
19		手当月額	●			
20	改定年月		●			
21	備考 （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：「改定前手当月額」、印字有無：「有」、前付加文言：「改定前手当月額：」、後付加文言：(空白) 印字すべき管理項目2：「改定後手当月額」、印字有無：「有」、前付加文言：「改定後手当月額：」、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。 　改定前手当月額：34,970円 　改定後手当月額：52,500円
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

様式第十四号(第十九条関係)

第　　号
年　　月　　日

窓空宛名

特別児童扶養手当額改定請求却下通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

申　請　日付けで特別児童扶養手当の額の改定請求がありましたが、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

請求者氏名		受給者記号・番号	第　　号
請求者住所			
却下した理由			

自由記載１

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

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

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合**教示文**被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

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

(A列4番)

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

帳票詳細要件（17）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220236
帳票名称	17.特別児童扶養手当額改定請求却下通知書		

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	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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	請求者氏名		●			
10	受給者記号・番号		●			
11	請求者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	却下した理由		●			
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

様式第十五号(第二十四条関係)

第　　号
年　　月　　日

窓空宛名

特別児童扶養手当資格喪失通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

固定文言１

下記のとおり、受給者は特別児童扶養手当の受給資格がなくなりましたので通知します。

記

氏　　名		受　給　者 記号・番号	第　　号
住　　所			
受給資格がなくなった理由			
受給資格がなくなった日	年　　月　　日		

自由記載１

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

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

また、この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県(政令指定都市の場合は市)を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となり、政令指定都市を代表する者は市長となります。)、提起することができます。

教示文

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

(A列4番)

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

帳票詳細要件（18）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220237
帳票名称	18.特別児童扶養手当資格喪失通知書		

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	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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	受給者記号・番号		●			
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	受給資格がなくなった理由		●			
13	受給資格がなくなった日		●			和暦表記
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

様式第７号

第　　号
年　　月　　日

市町村長　殿

都道府県知事・指定都市市長

特別児童扶養手当受給資格者移管通知書

下記の受給資格者につき市町村長に移管されたから／市町村に移管するから

特別児童扶養手当受給資格者名簿を整備されたい。

受給者記号・番号	旧住所地	第　　号
	新住所地	第　　号
受給資格者氏名		
住所 変更前		
住所 変更後		
旧住所地市町村への移管通知年月日	年　月　日	
新住所地市町村への移管通知年月日	年　月　日	
備考	固定文言１＋編集１	

自由記載１

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

帳票詳細要件（19）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220238
帳票名称	19.特別児童扶養手当受給資格者移管通知書		

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	文書番号		●			
3	発行日		●			和暦表記
4	市町村長					パラメタなどにより設定（随時変更可）が行えること
5	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
7	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	移管理由		●			転入の場合はパラメタなどで設定された「〇〇市長に移管されたから」を印字し、転出の場合はパラメタなどで設定（随時変更可）された「〇〇市に移管するから」を印字すること
9	受給者記号・番号	旧住所地	●			転出時は、転出前に受給していた時点の記号・番号を印字すること。 転入時は、空白にすること。
10		新住所地	●			転出時は、空白にすること。 転入時は、決定登録されている情報があれば印字すること。
11	受給者資格者氏名		●			
12	受給者資格者住所	変更前	●			
13		変更後	●			
14	旧住所地への移管通知年月日		●			和暦表記
15	新住所地への移管通知年月日		●			和暦表記
16	備考		●			
17	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。
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

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当有期認定通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

あなたの特別児童扶養手当の受給資格は、下記のとおり有期認定となりました。有期認定された期間以後引き続き特別児童扶養手当の受給を受けようとするときは、次回提出期限までに下記の提出書類を提出してください。

固定文言１

記

受給者	氏名	
	住所	
支給対象児童	氏名	
受給者記号・番号	第　　号	
有期認定期間	年　月　から　　年　月　まで	
提出書類	**固定文言２** 1. 障害状態再審査（診断）請求書 2. 特別児童扶養手当認定診断書 ※診断書は、提出期限の月又はその前月中に作成してください。 ※障害の種類によって診断書の様式は異なります。	
提出期限	末日まで	
備考	**固定文言３＋編集１**	

自由記載１

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

帳票詳細要件（20）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220239
帳票名称	20.特別児童扶養手当有期認定通知書		

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	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給対象児童	氏名	●			
12	受給者記号・番号		●			
13	有期認定期間	開始年月	●			和暦表記。支給開始年月。ただし、有期認定更新後の場合は更新後の期間の開始年月を印字すること
14		終了年月		●		和暦表記。有期認定年月。ただし、有期認定更新後の場合は更新後の期間の終了年月を印字すること
15	提出書類 （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。
16	提出期限			●		和暦表記 有期認定年月＋「末日まで」を印字すること。
17	備考 （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：「診断書様式」、印字有無：「有」、前付加文言：「診断書様式：」、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。 　診断書様式：診断書１～８号
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

様式第一号(第一条関係)

（表面）

◎裏面にも記入欄があります。　※、※※の欄は記入する必要がありません。　字は楷書ではっきり書いてください。

※※　第　　号	※ 市区町村 受付年月日　・　・	※ 市区町村　　・　・ 提　出　第　　号	※ 市区町村　　・　・ 再 提 出　第　　号

特別児童扶養手当認定請求書

関係書類を添えて、特別児童扶養手当[固定文言１]の認定を請求します。

年　　月　　日　　知事・市長　殿

氏名　　電話番号

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

あなたのことについて

①　上段：フリガナ　下段：氏名		②生年月日	③個人番号											④配偶者の有無
□請求者と同じ □それ以外（右に記入）														ある・ない

⑤住所	〒 TEL　　（　　）

⑥ 支払希望 金融機関	□　マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。　（注）あらか[固定文言２]ータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □　以下の口座を振込先とする。[固定文言３]																										
	銀行 信用金庫 （　　）								本店 支店 出張所				普通 当座 （　　）	口座 番号										口座名義人 カナ				
	ゆうちょ銀行	記号									番号																

⑦ 職業又は勤務先名		⑧ 勤務先所在地	

障害児のことについて

１人目				２人目			
⑨支給対象障害児の氏名 （生年月日）	⑩個人番号			⑨支給対象障害児の氏名 （生年月日）	⑩個人番号		
⑪請求者との続柄	⑫父の氏名	⑬母の氏名		⑪請求者との続柄	⑫父の氏名	⑬母の氏名	
⑭障害による年金の受給状況		⑮身体障害者手帳の番号 及び障害等級[固定文言４]	⑯障害名	⑭障害による年金の受給状況		⑮身体障害者手帳の番号 及び障害等級[固定文言４]	⑯障害名
支給されている 支　給　停　止 申　　請　　中 支給されない	種類			支給されている 支　給　停　止 申　　請　　中 支給されない	種類		

注意

1　この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。

(1)　あなたと支給対象障害児の戸籍の謄本又は抄本とこれらの者の属する世帯全員の住民票の写し

(2)　請求者が父又は母である場合であって、請求者以外の父又は母も支給対象障害児を監護しているときは、その請求者が主としてその障害児の生計を維持していること、又は主としてその障害児を介護していることを明らかにすることができる書類

(3)　請求者が父又は母である場合であって、支給対象障害児と同居しないでこれを監護しているときは、その事実を明らかにすることができる書類

(4)　請求者が父母以外の者である場合は、支給対象障害児の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本と請求者がその障害児を養育していることを明らかにすることができる書類

(5)　支給対象障害児についての医師又は歯科医師の診断書、次の傷病によるときには、エックス線直接撮影写真[固定文言５]
　　呼吸器系結核・肺えそ・肺のうよう・けい肺・じん臓結核・胃かいよう・胃がん・十二指腸かいよう・内臓下垂症・動脈りゅう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他

(6)　本年1月2日以後現住所に転入された方は、　から　までの欄に記入した事項について、前の住所地の市区町村長の証明書

2　⑥の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関を選んで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。

3　⑫及び⑬の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同左」と記入して差し支えありません。

4　⑭の欄は、支給対象障害児の障害による年金の受給について、該当する文字を○で囲んでください。なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。

（裏面）

あなたと、あなたの配偶者・同居している扶養義務者の所得について	⑰　　年分所得

氏名	⑱請求者	⑲配偶者	⑳扶養義務者	
㉑個人番号				
㉒同一生計配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数（請求者については、イ70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数ロ特定扶養親族の数ハ16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））	人 （イ　　） （ロ　　） （ハ　　）	人 （　　）	人 （　　）	人 （　　）
㉓㉒以外で前年の12月31日において請求者によって生計を維持していた児童	人	人	人	人

㉔所得額	円	※円	円	※円	円	※円	円	※円
控除 ㉕障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円
控除 ㉖特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円
控除 ㉗障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・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 ㉘	円	円	円	円	円	円	円	円
控除 ㉘	円	円	円	円	円	円	円	円
控除 ㉙社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円	円	円
㉚控除後の所得額	円		円		円		円	

注意
5　⑳の欄は、あなたと生計を同じくしている（又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している）あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。
6　㉒の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族（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）　請求者については、イに70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数を、ロに特定扶養親族の数を、ハに16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
（2）　配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
7　㉓の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者（18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者を除きます。）又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
8　㉔の欄は、前年（1月から6月までの間に請求をする人の場合には、前々年をいいます。）の所得について都道府県民税の総所得金額（給与所得又は公的年金等がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額）、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額（譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額）及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
9　㉗の欄は、⑱、⑲又は⑳の欄に掲げる者が、地方税法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。
10　㉘の欄は、前年の所得についての地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除、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等を記入してください。
11　この請求書について分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

固定文言６

自由記載１

※審査	事項	上記のとおり相違ありません。　　年　　月　　日　　市区町村長

※※認定（支給停止）・却下	支給開始年月日	対象障害児数	手当月額	支払期月金額	記号・番号	※添付書類	戸籍、住民票、診断書・X線フイルム、前住地の所得証明書、養育申立書・証明書、別居監護申立書・証明書、介護申立書、その他（　　）
		(1級)　人	円	12月　円			
			月から　円	４月　円	第　号	※備考	編集１
		(2級)　人	月から　円	８月　円			

帳票詳細要件（22）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220241
帳票名称	22.特別児童扶養手当認定請求書		

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	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「関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。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。」
4	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
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	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
7	あなたのことについて（受給者）	フリガナ	●			
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		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		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	障害児のことについて	支給対象障害児の氏名①	●			
15		生年月日①	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		個人番号①			●	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。
17		支給対象障害児の氏名②	●			
18		生年月日②	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
19		個人番号②			●	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。
20	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
21	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
22	配偶者	氏名	●			
23		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。
24	扶養義務者	氏名①	●			
25		個人番号①			●	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。
26		氏名②	●			
27		個人番号②			●	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。
28	⑱請求者	㉒		●		
29		㉒イ		●		
30		㉒ロ		●		
31		㉒ハ		●		
32		㉓		●		
33		㉔		●		
34		㉕		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
35		㉖		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
36		㉗		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
37		㉘		●		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（２つまでとし、３つ以上ある場合は※審査に印字すること）
38		㉙		●		
39		㉚		●		
40	⑲配偶者	㉒		●		
41		㉒老人扶養親族の数		●		
42		㉔		●		
43		㉕		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
44		㉖		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
45		㉗		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
46		㉘		●		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（２つまでとし、３つ以上ある場合は※審査に印字すること）
47		㉙		●		
48		㉚		●		
49	⑳扶養義務者1	㉒		●		
50		㉒老人扶養親族の数		●		
51		㉔		●		
52		㉕		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
53		㉖		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
54		㉗		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
55		㉘		●		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（２つまでとし、３つ以上ある場合は※審査に印字すること）
56		㉙		●		

帳票詳細要件（22）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220241
帳票名称	22.特別児童扶養手当認定請求書		

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	
57		㉚		●		
58	⑳扶養義務者2	㉒		●		
59		㉒老人扶養親族の数		●		
60		㉔		●		
61		㉕		●		
62		㉖		●		
63		㉗		●		
64		㉘		●		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（２つまでとし、３つ以上ある場合は※審査に印字すること）
65		㉙		●		
66		㉚		●		
67	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
68	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
69	※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）
70	市町村長					パラメタなどにより設定が行えること
71	市町村長電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
72	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。

様式第四号（第二条係）

（表　面）

※※第　　号	
※経　由 市町村名	※市区町村 受付年月日　・　・
※市区町村　・　・ 提　出　第　号	※市区町村　・　・ 再提出　第　号

特別児童扶養手当額改定請求書

あなたのことについて	①（フリガナ） 氏　名		②受給者 記号・番号	第　号
	③住　所	〒		
	④個人番号			
障害児のことについて	⑤支給対象障害児の氏名 （生年月日）	〔　年　月　日生〕	〔　年　月　日生〕	
	⑥個人番号			
	⑦請求者との続柄 （同居・別居の別）			
	⑧父の氏名			
	⑨母の氏名			
	⑩障害による年金の受給状況	支給されている 支給停止 申請中 支給されていない　種類（　）	支給されている 支給停止 申請中 支給されていない　種類（　）	
	⑪身体障害者手帳の番号及び障害等級 固定文言１			
	⑫障害名			

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

関係書類を添えて、特別児童扶養手当の受給資格の認定を請求します。

固定文言２

年　月　日

氏　名

知事・市長　殿

電話番号

※※ 改定・却下	改定年月	年　月	対象障害児数	（1級）　人 （2級）　人

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。字は楷書ではつきり書いてください。

固定文言３

（A列4番）

（裏　　面）

注意

固定文言４

1　⑧及び⑨の欄は、それぞれの父又は母が同じ場合は「同左」と記入してさしつかえありません。

2　⑩の欄は、支給対象障害児の障害による年金の受給について、該当する文字を○で囲んでください。

なお、「障害による年金」とは、厚生年金保険の障害厚生年金又は障害年金、各種共済組合の障害共済年金又は障害年金、労働者災害補償保険の障害補償年金等をいいます。

3　この請求書に添えなければならない書類は、次のとおりです。ただし、既に特別児童扶養手当の支給が行われている障害児の障害の程度が増進したことにより特別児童扶養手当の額の改定の請求を行うときは、(1)から(4)までの書類は添える必要がありません。

(1)　支給対象障害児の戸籍の謄本又は抄本とその障害児の属する世帯全員の住民票の写し

(2)　請求者が父又は母である場合であつて、請求者以外の父又は母も支給対象障害児を監護しているときは、その請求者が主としてその障害児の生計を維持していること、又は主としてその障害児を介護していることを明らかにすることができる書類

(3)　請求者が父又は母であつて、支給対象障害児と同居しないでこれを監護しているときは、その事実を明らかにすることができる書類

(4)　請求者が父母以外の者である場合は、支給対象障害児の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本又は抄本と請求者がその障害児を養育していることを明らかにすることができる書類

(5)　支給対象障害児についての医師又は歯科医師の診断書、次の傷病にあるときは、エツクス線直接撮影写真

呼吸器系結核・肺えそ・肺のうよう・けい肺・じん臓結核・胃かいよう・胃がん・十二指腸かいよう・内臓下垂症・動脈りゆう・骨又は関節結核・骨ずい炎・骨又は関節損傷・その他

4　この請求書についてわからないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

自由記載１

帳票詳細要件（23）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220242
帳票名称	23.特別児童扶養手当額改定請求書		

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	あなたのことについて	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5		受給者記号・番号	●			
6		郵便番号	●			郵便番号
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
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。
9	障害児のことについて	支給対象障害児の氏名①	●			
10		生年月日①	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		個人番号①			●	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		支給対象障害児の氏名②	●			
13		生年月日②	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
14		個人番号②			●	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。
15	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
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	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
18	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
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（第三条関係）

（表　面）

※※第　　号			
※経　　由 市区町村名		※市区町村 受付年月日　　・　　・	
※市区町村　　・　　・ 提　出　第　　号		※市区町村　　・　　・ 再　提　出　第　　号	
特別児童扶養手当額改定届			
（フリガナ） 受給者の氏名		受給者 記号・番号	第　　号
受給者の住所	〒		
個人番号			
支給対象障害児でなくなつた障害児又は障害の程度が低下した支給対象障害児の氏名・生年月日	改定の理由	理由の発生した年月日	
（　　年　　月　　日生）	イロハニホ 固定文言１ ヘトチリ	年　　月　　日	
（　　年　　月　　日生）	イロハニホ 固定文言２ ヘトチリ	年　　月　　日	
誓約事項	☐ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。		
上記のとおり、特別児童扶養手当の額の改定について届け出ます。 固定文言３			
年　　月　　日 知事・市長　殿		氏　　名 電話番号	
改定年月	※※ 年　　月	対象障害児数	（1級）　　人 （2級）　　人

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。
◎字は楷書ではっきり書いてください。
固定文言４

（A列4番）

（裏　　面）

注意

固定文言５

1　「改定の理由」の欄は、次に掲げるところにより該当する文字を○で囲んでください。

イ　受給者が支給対象障害児の父又は母である場合であつて、その父又は母に監護されなくなつた。

ロ　父及び母が支給対象障害児を監護している場合において、受給者である父又は母に主として生計を維持されることがなくなつた、又は主として介護されなくなつた。

ハ　受給者が養育者（父母以外の者）である場合であつて、その養育者に養育（同居、監護、生計維持）されなくなつた。

ニ　死亡した。

ホ　日本国内に住所を有しなくなつた。

ヘ　20歳に達した。

ト　障害による年金を受けることができるようになつた。

チ　特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める程度の障害の状態に該当しなくなつた。

リ　特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める1級に該当する障害の状態から2級に該当する障害の状態に低下した。

2　すべての支給対象障害児が1のイからチまでのどれかに該当するようになつたときは、手当を受ける資格がなくなりますので、手当資格喪失届を出してください。

自由記載１

帳票詳細要件（24）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220243
帳票名称	24.特別児童扶養手当額改定届		

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	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5	受給者記号・番号		●			
6	郵便番号		●			郵便番号
7	受給者の住所		●			住所＋全角スペース＋方書
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。
9	支給対象障害児でなくなつた障害児又は障害の程度が低下した支給対象障害児の氏名・生年月日	支給対象障害児の氏名①	●			
10		生年月日①	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		支給対象障害児の氏名②	●			
12		生年月日②	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
13	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		●			文言マスタで、印字有無が「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		●			文言マスタで、印字有無が「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	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
17	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
18	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
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

様式第九号（第十一条係）

（表　面）

※※第　　号			
※経　　由 市区町村名		※市区町村 受付年月日	・　・
※市区町村　　年　月　日 提　出　第　　号		※市区町村　　・　・ 再提出　第　　号	
特別児童扶養手当資格喪失届			
（フリガナ） 受給者の氏名		受給者 記号・番号	第　　号
受給者の住所	〒		
個人番号			
受給資格がなくなつた理由	イ　ロ　ハ　ニ　ホ　ヘ　ト チ　リ **固定文言１**		
理由が発生した日	年　月　日		
誓約事項	□　上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。		

上記のとおり、特別児童扶養手当を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。
固定文言２

年　月　日

氏　名
電話番号

知事・市長　殿

※※
通知　・　・　第　　号

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。
固定文言３
◎　字は楷書ではっきり書いてください。

（A 列 4 番）

自由記載１

（裏　　面）

注意

固定文言４

1　「受給資格がなくなつた理由」の欄は、次に掲げるところにより該当する文字を○で囲んでください。

イ　受給者が日本国内に住所を有しなくなつた。

ロ　受給者が支給対象障害児の父又は母である場合であつて、支給対象障害児がその父又は母に監護されなくなつた。

ハ　父及び母が支給対象障害児を監護している場合において、支給対象障害児が受給者である父又は母に主として生計を維持されることがなくなつた、又は主として介護されなくなつた。

ニ　受給者が養育者（父母以外の者）である場合であつて、支給対象障害児がその養育者に養育（同居、監護、生計維持）されなくなつた。

ホ　支給対象障害児が死亡した。

ヘ　支給対象障害児が日本国内に住所を有しなくなつた。

ト　支給対象障害児が20歳に達した。

チ　支給対象障害児が、特別児童扶養手当等の支給に関する法律施行令別表第3に定める障害の状態に該当しなくなつた。

リ　支給対象障害児が、障害による年金を受けることができるようになつた。

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

自由記載２

帳票詳細要件（26）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220245
帳票名称	26.特別児童扶養手当資格喪失届		

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	受給者記号・番号		●			
6	郵便番号		●			郵便番号
7	受給者の住所		●			住所＋全角スペース＋方書
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。
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		●			文言マスタで、印字有無が「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	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
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	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	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
15	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

様式第十号（第十三条関係）

（表　　面）

※※第　　号			
※経　　由 市区町村名		※市区町村 受付年月日	年　月　日 年　月　日
※市区町村 提　出　第　　号		※市区町村 再提出	年　月　日 年　月　日 年　月　日

未支払特別児童扶養手当請求書

①死亡者	（フリガナ） 氏　名		住　所	〒	
	受給者 記号・番号	第　　号	死亡 した日	年　月　日	
②請求者である障害児	（フリガナ） 氏　名		住　所	□死亡者に同じ 〒	
	個人番号				
	支払希望 金融機関	受取 口座	□　マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □　以下の口座を振込先とする。		
		銀　行 信用金庫 （　　）	本店 支店 出張所	普通 当座 （　）	口座番号
		ゆうちょ銀行	記号	番号	
		口座名義人カナ			
誓約事項	□　上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。				

特別児童扶養手当等の支給に関する法律に基づき、上記のとおり請求します。

固定文言１

固定文言２

年　月　日

請求者氏名

電話番号

知事・市長　殿

※※　資格喪失 通　知　第	年　月　日 号	※※未支払手当 支給通知	年　月　日

◎　裏面の注意をよく読んでから記入してください。※、※※の欄は記入する必要がありません。

◎　字は楷書ではっきり書いてください。

固定文言３

（A列4番）

（裏　　面）

注意

固定文言４

1　②の欄の「支払希望金融機関」の欄は、支払を受けるのに最も便利な金融機関をえらんで、その正しい名称及び口座番号を記入してください。

2　請求者である障害児に代わつて支払金融機関で未支払の手当を受けとる人があるときは、備考欄にその人の氏名、住所及び請求者である障害児との続柄その他の関係を記入してください。

自由記載１

帳票詳細要件（27）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220246
帳票名称	27.未支払特別児童扶養手当請求書		

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	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5		郵便番号	●			郵便番号
6		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
7		受給者記号・番号	●			
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	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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

※経　　由 市区町村名	※市区町村 受付年月日　　・　　・
※市区町村　　・　　・ 提　出　第　　号	※市区町村　　・　　・ 再提出　第　　号

特別児童扶養手当記載事項変更届

(フリガナ) 受給者の氏名		受給者 記号・番号	第　　号

個人番号												

住所	変更前	〒	変更後	〒
受給者 氏名	変更前		変更後	
児童 氏名	変更前		変更後	

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

固定文言１

固定文言２ その他変更事項	変更前	編集１	変更後	

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

固定文言３

上記のとおり、記載内容変更について届け出ます。

年　　月　　日

知事・市長　殿

氏　　名
電話番号

◎　※、※※の欄は記入する必要がありません。
◎　字は楷書ではっきり書いてください。 固定文言４

（A 列 4 番）

自由記載１

帳票詳細要件（28）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220247
帳票名称	28.特別児童扶養手当記載事項変更届		

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	受給者の氏名	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5	受給者記号・番号		●			
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	変更前　郵便番号		●			
8	変更前　住所		●			
9	変更前　受給者氏名		●			
10	変更前　児童氏名		●			
11	変更前　支払金融機関	金融機関名	●			
12		支店名	●			
13		口座種別	●			
14		口座番号	●			
15		ゆうちょ記号	●			
16		ゆうちょ番号	●			
17		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
18		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
19	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		●			文言マスタで、印字有無が「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	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	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
23	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
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

※経　　由 市町村名	※市区町村 受付年月日　　・　　・
※市区町村　　・　　・ 提　　出　　第　　号	※市区町村　　・　　・ 再提出　　第　　号

特別児童扶養手当転出届

(フリガナ) 受給者の氏名		受給者 記号・番号	第　　号
個人番号			
転出前住所	〒		
転出後住所	〒		

固定文言１

上記のとおり、特別児童扶養手当の[illegible]について届け出ます。

年　　月　　日

氏　　名

知事・市長　殿

電話番号

改定年月	※※ 年　　月	対象障害児数	(1級)　　人
			(2級)　　人

固定文言２

◎　※、※※の欄は記入する必要がありません。

◎　字は楷書ではっきり書いてください。

(A列4番)

自由記載１

帳票詳細要件（29）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220248
帳票名称	29.特別児童扶養手当転出届		

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	受給者記号・番号		●			
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	転出前　郵便番号		●			
8	転出前　住所		●			
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	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
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	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	
※経　由　・ 市町村名	※市区町村 受付年月日　・　・
※市区町村　・　・ 提　出　第　号	※市区町村　・　・ 再提出　第　号

特別児童扶養手当障害状態再審査（診断）請求書

あなたのことについて	①（フリガナ） 氏　名		②受給者 記号・番号	第　号
	③住　所	〒		

障害児のことについて	④支給対象障害児の 氏名 （生年月日）	（　年　月　日生）	（　年　月　日生）
	⑤身体障害者手帳の 番号及び障害等級 固定文言１		
	⑥障　害　名	（再認定の時期　）	（再認定の時期　）

備考	固定文言２＋編集１
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。

固定文言３

関係書類を添えて、上記のとおり、届け出ます。

年　月　日

知事・市長　殿

氏　名
電話番号

自由記載１

帳票詳細要件（30）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220249
帳票名称	30.特別児童扶養手当障害状態再審査（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	あなたのことについて	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5		受給者記号・番号	●			
6		住所　郵便番号	●			
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
8	障害児のことについて	支給対象障害児の氏名①	●			
9		生年月日①	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		支給対象障害児の氏名②	●			
11		生年月日②	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
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	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。 　有期認定年月：令和4年10月
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

省令第５条第252号関係

様式第７号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当支給停止解除通知書

都道府県知事・指定都市市長　　印

あなたは、特別児童扶養手当等の支給に関する法律の規定(第6条、第7条、第8条)により、支給停止となっておりましたが固定文言１が解除されましたので通知します。

記

受給者記号・番号	
受給資格者氏名	
受給資格者住所	
解　除　年　月	
解　除　の　理　由	
備　　考	固定文言２＋編集１

固定文言３

(A列4番)

自由記載１

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

帳票詳細要件（31）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220250
帳票名称	31.特別児童扶養手当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	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市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	受給者記号・番号		●			
10	受給資格者氏名		●			
11	受給資格者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	解除年月		●			和暦表記
13	解除の理由		●			
14	備考 （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。
15	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	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253号関係

様式番号

窓空宛名

第　　号
年　　月　　日

特別児童扶養手当所得状況届督促通知書

（申請者）　　様

市　町　村　長　印

あなたが受給している特別児童扶養手当について、下記の理由により、支給差止しましたので通知します。下記の提出期限までに所得状況届を提出してください。

固定文言１＋編集１

記

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

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

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

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

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

教示文

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

帳票詳細要件（33）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220252
帳票名称	33.特別児童扶養手当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	申請者氏名		●			
7	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
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＋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。
10	受給者氏名		●			
11	受給者記号・番号		●			
12	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
13	支給差止の期間		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
14	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
15	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。
16	備考 （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。
17	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
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

様式番号

特別児童扶養手当支払対象者一覧表（○○（指定都市名）→厚生労働省）　　年　　月払分

作成日　　年　　月　　日

No.	受給者番号	債主名漢字	債主名カナ	郵便番号	住所	金融機関名	支店名	預貯金種別	口座番号（記号番号）	支払金額
1	9999999999	厚労　太郎	ｺｳﾛｳ ﾀﾛｳ	100-8916	東京都千代田区霞が関 1-2-2	ゆうちょ銀行			9999999999999	139,600
2	9999999999	厚労　太郎	ｺｳﾛｳ ﾀﾛｳ	100-8916	東京都千代田区霞が関 1-2-2	みずほ銀行	虎ノ門支店	普通	9999999	209,600
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										

帳票詳細要件（34）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220253
帳票名称	34.特別児童扶養手当支払対象者一覧表		

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	支払年月		●			和暦表記　「〇年〇月支分」と印字
4	作成日		●			和暦表記
5	1明細目	No.	●			通し番号
6		受給者番号	●			
7		債主名漢字	●			受給者氏名
8		債主名カナ	●			受給者カナ氏名
9		郵便番号	●			受給者の郵便番号
10		住所	●			受給者の住所＋全角スペース＋方書
11		金融機関名	●			
12		支店名	●			
13		預貯金種別	●			
14		口座番号（記号番号）	●			
15		支払金額	●			
16	2明細目	No.	●			通し番号
17		受給者番号	●			
18		債主名漢字	●			受給者氏名
19		債主名カナ	●			受給者カナ氏名　半角とすること
20		郵便番号	●			受給者の郵便番号　半角とすること
21		住所	●			受給者の住所＋全角スペース＋方書
22		金融機関名	●			
23		支店名	●			
24		預貯金種別	●			
25		口座番号（記号番号）	●			
26		支払金額	●			
27	・・・					
28	N明細目	No.	●			通し番号
29		受給者番号	●			
30		債主名漢字	●			受給者氏名
31		債主名カナ	●			受給者カナ氏名　半角とすること
32		郵便番号	●			受給者の郵便番号　半角とすること
33		住所	●			受給者の住所＋全角スペース＋方書
34		金融機関名	●			
35		支店名	●			
36		預貯金種別	●			
37		口座番号（記号番号）	●			
38		支払金額	●			
39	ページ数		●			現在のページ数/総ページ数
40	※N+1明細以上は2ページ以降に改ページする					

様式第七号(第九条関係)

(表　面)

第　　号

特別児童扶養手当受給証明書

受給者氏名		生年月日	
受給者住所		受給者記号・番号	第　　号
支給対象障害児の氏名	1級 2級	1級 2級	
	1級 2級	1級 2級	
	1級 2級	1級 2級	
支給対象障害児数	(1級)　人 (2級)　人	支給手当月額	円
支給開始年月	年　月分から	障害の程度に係る有期認定期間の有無及び終期年月	有・無　年　月
備考	固定文言１＋編集１		

固定文言２

上記のとおり、特別児童扶養手当の受給者であることを証明します。

年　月　日

都道府県知事・指定都市市長　印

◎ 裏面の注意をよく読んでください。

固定文言３

(A列4番)

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

（裏 面）

注意

１　特別児童扶養手当を郵便局への送金により受ける場合は、特別児童扶養手当送金通知書及び本証明書とともに、印鑑証明書又は身分証明書等の正当な受取人又はその代理人であることを証する書面を支払郵便局へ持参することにより受けることになっています。

２　特別児童扶養手当は、受給資格者等の前年（１月～６月までに手当を請求するときは前々年）の所得が一定額以上であるときは、その年の８月から翌年の７月までの手当は支給されません。従って、本証明書は証明年月の年（証明年月が８月～１２月の場合はその翌年）の７月まで受給者であることを証明するものです。ただし、当該期間内であっても障害の程度に係る有期認定期間がある場合は、その終期年月まで受給者であることを証明するものとなります。

３　上記期間内であっても、その他の事由により受給者でなくなった場合は、本証明書を使用することはできません。

固定文言４

帳票詳細要件（35）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220254
帳票名称	35.特別児童扶養手当受給証明書		

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	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	受給者氏名		●			
5	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
7	受給者記号・番号		●			
8	支給対象児童の氏名①	児童氏名	●			
9		1級・2級	●			1級・2級を選択
10	支給対象児童の氏名②	児童氏名	●			
11		1級・2級	●			1級・2級を選択
12	支給対象児童の氏名③	児童氏名	●			
13		1級・2級	●			1級・2級を選択
14	支給対象児童の氏名④	児童氏名	●			
15		1級・2級	●			1級・2級を選択
16	支給対象児童の氏名⑤	児童氏名	●			
17		1級・2級	●			1級・2級を選択
18	支給対象児童の氏名⑥	児童氏名	●			
19		1級・2級	●			1級・2級を選択
20	支給対象障害児数	1級	●			人数を印字
21		2級	●			人数を印字
22	支給手当月額		●			
23	支給開始年月		●			
24	有期認定期間の有無		●			有期認定年月が設定されている場合「有」を印字、それ以外は「無」を印字
25	有期認定期間の終期年月		●			有期認定年月を印字（和暦表記）
26	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。
27	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。
28	発行日		●			和暦表記
29	知事又は市長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
30	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
31	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。
32	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
33		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
34		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
35		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
36		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
37	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。

様式番号

※経　　由 市区町村名	※市区町村 受付年月日　　・　　・
※市区町村　　・　　・ 提　　出　　第　　号	※市区町村　　・　　・ 再提出　　第　　号

特別児童扶養手当受給証明申請書

(フリガナ) 受給者氏名		受給者 記号・番号	第　　号
受給者住所	〒		
個人番号			
理　　由			

固定文言１

上記の理由により、特別児童扶養手当の受給者であることを証する証明書の発行を申請します。

年　　月　　日

氏　　名
電話番号

知事・市長　殿

固定文言２

◎　※の欄は記入する必要がありません。

◎　字は楷書(かい)ではっきり書いてください。

(A列４番)

自由記載１

帳票詳細要件（36）

業務	12.特別児童扶養手当	帳票ID	0220255
帳票名称	36.特別障害者手当受給証明申請書		

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	受給者氏名	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5	受給者記号・番号		●			
6	受給者住所	郵便番号	●			郵便番号
7		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
12	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	知事又は市長名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市名＋全角スペース＋市長名での印字も可とする
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	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