

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
1	指定業務通知書	指定医療機関及び指定介護機関の決定通知書	外部	A4	有	無	-
2	介護給付費公費受給者別一覧表	国保連からのデータと介護扶助の状況を突合した結果の介護給付費の一覧	内部	A4	無	有	-
3	保護変更申請書（傷病届）様式第12号	被保護者が保護の変更申請(医療、治療材料、施術、移送の傷病届)に使用する申請書	外部	A4	無	有	-
4	給付要否意見書（所要経費概算見積書）	移送の給付要否に関する意見書	外部	A4	有	有	-
5	入院・主治医訪問調査依頼書の発行伺い	長期入院患者の実態把握及び主治医への訪問調査の依頼書の発行伺い	内部	A4	無	無	-
6	入院・主治医訪問調査依頼書	長期入院患者の実態把握及び主治医への訪問調査の依頼書	外部	A4	有	無	-
7	主治医訪問調査票	主治医への訪問調査時に記入する調査票	外部	A4	無	有	-
8	長期外来患者指導台帳	長期外来対象者の指導用台帳	内部	A4	無	有	-
9	長期入院患者に係る診療報酬請求書	長期入院患者に係る医療機関から福祉事務所への請求書	外部	A4	無	有	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
10	入院訪問調査票	長期入院患者について主治医への訪問調査時に記入する調査票	外部	A4	無	有	-
11	例外的給付対象者台帳	長期入院患者のうち例外的給付対象者を管理する台帳	内部	A4	無	有	-
12	頻回受診者指導台帳	頻回受診対象者の指導用台帳	内部	A4	無	有	-
13	医療費集計表	医療機関別の医療費の集計表	内部	A4	無	無	-
14	重複受診者名簿	重複受診者の対象者一覧	内部	A4	無	無	-
15	医療費通知書	被保護者宛の医療費の通知	外部	A4	有	無	-
16	ジェネリック通知書	被保護者宛のジェネリック医薬品使用促進のお知らせ	外部	A4	無	無	-
17	領収書（福祉用具等）	被保険者が業者から福祉用具を購入する際に提出し、業者が該当福祉用具費を福祉事務所へ請求する際に用いる領収書	外部	A4	有	無	-
18	保護変更申請書（傷病届）様式第17号	被保護者が保護の変更申請（訪問看護の傷病届）に使用する申請書	外部	A4	無	有	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
19	医療要否意見書	医療扶助受給のための意見書	外部	A4	有	有	-
20	精神疾患入院要否意見書	精神疾患入院に係る医療扶助受給のための意見書	外部	A4	有	有	-
21	生活保護法給付券要否意見書送付書	医療機関への要否意見書の送付案内及び要否意見を伺う対象者の明細一覧	外部	A4	無	無	-
22	生活保護法給付券要否意見書受領書	医療機関から要否意見書を受領した旨を記載し、福祉事務所へ返送	外部	A4	無	無	-
23	継続月数バーコード印字票	要否意見書返送後に継続処理をバーコードで実施するための印字票	内部	A4	無	無	-
24	診療依頼書（入院外）	医療機関宛の診療の依頼書	外部	A4	有	有	-
25	生活保護法医療券・調剤券	医療扶助による診療、薬剤、医療的処置、手術等の診療の給付を行うために必要な券及び調剤の給付を行うために必要な券	外部	A4	有	有	-
26	訪問看護に係る利用料請求書	訪問看護を利用した場合の請求書	外部	A4	無	有	-
27	医療券送付書	医療機関宛の医療券の送付一覧及び医療券交付対象者の明細一覧	外部	A4	無	無	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
28	医療券受領書	医療機関宛の受領書	外部	A4	無	無	-
29	医療券連名簿（連名医療券）	医療機関、調剤薬局へ送付する一覧形式の医療券	外部	A4	有	有	-
30	生活保護法給付券送付書	医療機関、施術機関向けの医療券送付一覧及び給付券交付対象者の明細一覧	外部	A4	無	無	-
31	生活保護法給付券受領書	医療機関、施術機関から医療券を受領したことを証明するための書類	外部	A4	無	無	-
32	医療扶助台帳	個人別の医療券発行状況等の台帳	内部	A4	無	無	-
33	年度給付券交付台帳	医療券発行状況等の一覧台帳	内部	A4	無	無	-
34	医療券転帰通知書（兼受領書）	医療機関宛の医療券の転帰通知書	外部	A4	無	無	-
35	調剤券転帰通知書（兼受領書）	医療機関宛の調剤券の転帰通知書	外部	A4	無	無	-
36	調剤券連名簿（連名調剤券）	調剤薬局へ送付する一覧形式の調剤券	外部	A4	有	無	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
37	調剤券送付書	調剤機関宛の送付書及び調剤券交付対象者の明細一覧及び調剤券交付対象者の明細一覧	外部	A4	無	無	-
38	調剤券受領書	調剤機関宛の受領書	外部	A4	無	無	-
39	医療調書（所内連絡用）	医療券を認定をした際に、自治体内部で回覧し決裁するために使用する	内部	A4	無	無	-
40	治療材料券・治療材料費請求明細書	治療材料の給付を行うために必要な券及び治療材料費の請求明細書	外部	A4	有	有	-
41	治療材料券送付書	住民または取扱業者宛の受領書及び、取扱業者宛の治療材料券送付一覧	外部	A4	無	無	-
42	治療材料受領書	住民または取扱業者宛の受領書	外部	A4	無	無	-
43	被保護者異動連絡票（指定居宅介護支援事業者用）	指定居宅介護支援事業者へ居宅サービス計画に係る作成、送付の依頼、対象者の一覧を提供する連絡票	外部	A4	無	有	-
44	被保護者情報連絡表（保険者用）	毎年度当初に4月1日現在の被保護者のうち65歳以上の者、当該年度において65歳に到達する被保護者を保険者へ情報提供するための連絡票	外部	A4	無	有	-
45	介護扶助受給者情報連絡表（保険者用）	介護扶助の開始、停止または廃止の処分を行った際に保険者へ情報提供するための連絡票	外部	A4	無	有	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
46	被保護者異動連絡票（国保連用）	国保連へ被保護者の異動情報を提供するための連絡票	外部	A4	無	有	-
47	被保護者異動訂正連絡票（国保連用）	国保連へ被保護者の異動情報が訂正された際の情報提供をするための連絡票	外部	A4	無	有	-
48	適用除外施設入所者情報連絡票	適用除外施設の入所者について、保険者へ提供するための連絡票	外部	A4	無	有	-
49	生活保護法介護券	介護機関宛に送付する単票形式の介護券	外部	A4	有	有	-
50	介護券連名簿(連名介護券)	介護機関宛に送付する一覧形式の介護券	外部	A4	有	無	-
51	生活保護法介護券送付書	介護機関へ介護券を送付する際の表紙となる送付書	外部	A4	有	無	-
52	介護券受領書	介護機関からの返信用となる受領書	外部	A4	無	無	-
53	要介護認定調査依頼書	要介護度等を判定するための事前調査に係る依頼書	外部	A4	無	無	-
54	要介護認定審査・判定依頼書	介護認定審査会にて要介護度等を審査するための依頼書	外部	A4	無	無	-

#	標準仕様案					検討会における論点・留意点	
	帳票名称	帳票概要・用途	内部／外部	サイズ	電子公印		法令通知
55	介護認定審査会結果回答書	介護認定審査会での審査結果を記載してもらうための帳票	外部	A4	無	無	-
56	給付要否意見書（あん摩・マッサージ・はり・きゅう）	施術（あん摩・マッサージ・はり・きゅう）の給付要否に関する意見書	外部	A4	有	有	-
57	給付要否意見書（柔道整復）	施術（柔道整復）の給付要否に関する意見書	外部	A4	有	有	-
58	施術券（あん摩・マッサージ）	施術（あん摩・マッサージ）の給付を行うために必要な券	外部	A4	有	有	-
59	施術券及び施術報酬請求明細書（柔道整復）	施術（柔道整復）の給付を行うために必要な券及び施術報酬の請求明細書	外部	A4	有	有	-
60	施術券及び施術報酬請求明細書（はり・きゅう）	施術（はり・きゅう）の給付を行うために必要な券及び施術報酬の請求明細書	外部	A4	有	有	-

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護停止・廃止	帳票名称	境界層該当証明書
----	----------------------	---------	------	----------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	文書番号		○		・マスタ管理した、もしくはフリー入力した文書番号を設定	
3	宛先郵便番号	○				
4	宛先住所	○			・住所、方書を設定する	
5	宛先氏名	○				
6	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える	
7	生年月日	○			・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
8	決定区分 1	○			・利用用途に応じて、導入文1か所目の使用しない区分は削除線を引く	
9	決定区分 2	○			・利用用途に応じて、導入文2か所目の使用しない区分は削除線を引く	
10	決定区分 3	○			・利用用途に応じて、(1)の使用しない区分は削除線を引く	
11	申請年月日・廃止年月日	○			・和暦表記 ・申請の場合は申請年月日、廃止の場合は廃止年月日を印字する	
12	理由	○			・保護を要しない理由	
13	発行年月日	○			・和暦表記	
14	発行自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
15	発行役職名	○				
16	発行者氏名	○				
17	電子公印	○				

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	保護停止・廃止	帳票名称	境界層該当証明書
----	----------------------	---------	------	----------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

境界層該当証明書

文書番号

宛先郵便番号

住 所

氏 名

敬称 (年 月 日生)

上記の者及びその世帯員は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、生活保護が（申請却下・廃止）となりましたが、（却下に係る申請日・廃止日）及び保護を要しない理由は、下記のとおりであることを証明します。

記

(1) 却下に係る申請日・廃止日
年 月 日

(2) 保護を要しない理由
境界層該当措置による
ないため。

円以上の減額を受けることにより、保護を要し

年 月 日

発行自治体名称

発行役職名

発行者氏名

印

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	検診命令	帳票名称	検診命令書
----	----------------------	------	------	-------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	文書番号	○			・マスタ管理した、もしくはフリー入力した文書番号を設定	
3	発行年月日	○			・和暦表記	
4	検査を受ける者の居住地	○			・郵便番号、住所、方書を設定する	
5	検査を受ける者の氏名	○				
6	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える	
7	ケース番号		○			
8	世帯員番号		○			
9	発行自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
10	発行役職名	○				
11	発行者氏名	○				
12	電子公印	○				
13	検診年月日	○			・和暦表記	
14	検診時刻	○				
15	医療機関所在地	○			・郵便番号、住所、方書を設定する	
16	医療機関名称	○				
17	備考	○			・通知内容に対する補足説明や事務処理遅延に伴う今後の対応内容等を	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	検診命令	帳票名称	検診命令書
----	----------------------	------	------	-------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

	発行年月日	交付	検 診 命 令 書		年 月 日
	文書番号				
検査を受ける者の 居住地及び氏名					
		敬称			
ケース番号	世帯員番号	発行自治体名称	発行役職名		
			発行者氏名	印	

下記により検査を受けて下さい。

- 1 検診を受ける日時
- 2 検診を受ける場所
- 3 検診を行う医療機関の名称
所在地及び担当医師等氏名
- 4 備考

(注意)

- 1 検診を受けるときは、この書類を持参して下さい。
- 2 この検診命令は、生活保護法第28条第1項の規定にもとづくものです。
- 3 この検診命令を受けないと、同条第5項の規定により、あなたの保護申請が却下され、またはあなたに対する保護が変更、停止若しくは廃止される場合があります。
- 4 この検診命令について疑問がある場合には、福祉事務所に相談して下さい。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	検診命令	帳票名称	検診料請求書
----	----------------------	------	------	--------

No.	たたき台				論点
	システム印字項目	実装すべき項目	オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	福祉事務所受領印		○	・当該項目を印字する場合、右上部に「福祉事務所受領印」の文言と枠を印字する	
3	宛先自治体名	○		・福祉事務所名または自治体名	
4	宛先役職名	○			
5	宛先者氏名	○			
6	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定が行えること	
7	受診者	○			
8	生年月日	○		・和暦表記、外国籍の場合は西暦表記	
9	年齢	○			
10	性別	○		・該当する区分に○を印字する	
11	居住地	○		・郵便番号、住所、方書を設定する	
12	発行主体の郵便番号	○		・パラメタなどにより初期設定が行えること	
13	発行主体の住所	○		・住所、方書を設定する	
14	発行主体の電話番号		○	・パラメタなどにより初期設定が行えること	
15	発行主体の名称	○			
16	担当者	○			
17	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談	帳票名称	資産申告書
----	----------------------	------	------	-------

No.	たたき台				論点
	システム印字項目	実装すべき項目	オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	宛先自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
3	宛先役職名	○			
4	宛先者氏名	○			
5	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定が行える	
6	申請者住所	○		・住所、方書を設定する ・住所出力が選択された場合のみ、印字する	
7	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談	帳票名称	資産申告書
----	----------------------	------	------	-------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

(表 面)

資 産 申 告 書

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先者氏名

敬称

年 月 日

住所

氏名

現在の私の世帯の資産の保有状況は、下記のとおり相違ありません。

1 不動産

土 地	(1) 宅 地 (2) 田 畑 (3) 山 林 その他	有・無 有・無 有・無	延面積	所有者氏名	所 在 地	抵当権
建 物	(1) 持 家 居 借家・借間 住 用 〔いずれかを○で囲んで下さい〕	有・無	延面積	所有者氏名	所 在 地	抵当権
					(家賃 円)	有・無
	(2) その他	有・無				有・無

2 現金・預貯金、有価証券等

現 金	有・無	円			
預 貯 金	有・無	預 金 先	□ 座 番 号	□ 座 氏 名	預 貯 金 額
有 価 証 券	有・無	種 類	額 面	評 価 概 算 額	

(記入にあたっては裏面の記入上の注意をよくお読み下さい。)

QRコード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談	帳票名称	資産申告書
----	----------------------	------	------	-------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

(裏面)

生命保険	有・	契 約 先	契 約 金	保 険 料
その他の保険	有・無			

3 その他の資産

自動車 (自動二輪を 含む)	有・無	使用状況 使用 未使用	所有者氏名	車 種	排 気 量	年 式
貴 金 属	有・無	品 名				
そ の 他 高価なもの	有・無					

4 負債（借金）

有 ・ 無	金 額	借 入 先

(記入上の注意)

- (1) この申告書は、保護を受けようとする者が記入して下さい。
- (2) 資産の種類ごとにその有無について○で囲んで下さい。土地については借地等の場合も記入して下さい。
- (3) 有を○で囲んだ資産については、下記に従って記入して下さい。
 - ① 同じ種類の資産を複数所有している場合は、そのすべてを記入して下さい。
 - ② 有価証券は、例えば「株券、国債」等と記入し、その評価概算額は現在売却した場合のおおよその金額を記入して下さい。
 - ③ 貴金属は例えば「ダイヤの指輪」等と記入して下さい。
- (4) 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下さい。
- (5) 不実の申告をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称 (法令通知)	診療依頼書 (入院外)
----	------	------------	-------------	-------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
			オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	住所	○		住所、方書を設定する	
3	氏名	○			
4	年齢	○			
5	性別	○		・該当する区分に○を印字する	
6	発行年月日	○		・和暦表記	
7	医療機関名	○			
8	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定が行える	
9	発行自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
10	発行役職名	○			
11	発行者氏名	○			
12	ケース番号		○		
13	世帯員番号		○		

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称 (法令通知)	診療依頼書 (入院外)
----	------	------------	-------------	-------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

帳票レイアウト検討案

様式番号

診 療 依 頼 書 (入院外)

次の者については、後日、医療券を送付しますので、よろしく診療方依頼します。

なお、入院の必要が認められる場合はご連絡ください。

住所

氏名

(歳) 男
女

ケース番号

世帯員番号

年 月 日

医療機関名 院 (所) 長

敬称

発行自治体名称 発行役職名

発行者氏名

㊞

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称（法令通知）	生活保護法医療券・調剤券
----	------	------------	------------	--------------

No.	システム印字項目	必須	たたき台		印字編集条件など	論点
				オプション		
1	様式番号	○				
2	再発行の文言	○			・帳票を再発行する場合、左上部分に「再発行」の文言を印字する	
3	取消線	○			・利用用途に応じて、使用しない帳票タイトルは取消線を引く	
4	診療年月	○			・和暦表記	
5	交付番号	○				
6	公費負担者番号	○				
7	受給者番号	○				
8	有効期間（日から 日まで）	○			・和暦表記	
9	種別	○			・該当に○を印字する	
10	氏名	○				
11	性別	○			・該当に○を印字する	
12	生年月日	○			・和暦表記	
13	居住地	○			・住所、方書を設定する	
14	指定医療機関名	○			・医療券として使用する場合、欄左部に「A 病院」を印字する ・調剤券として使用する場合、欄左部に「E 薬局」と「A 病院」を印字する	
15	傷病名（1）（2）（3）	○				
16	診療別	○			・該当に○を印字する	
17	本人支払額	○				
18	地区担当員名	○				
19	取扱担当者名	○				
20	自治体名称	○			・福祉事務所名または自治体名	
21	役職名	○				
22	氏名	○				
23	電子公印	○				
24	社会保険状況	○			・該当に○を印字する	
25	第37条の2該当状況	○			・該当に○を印字する	
26	後保該当者の文言		○		・後期高齢者医療に該当する場合、「後保該当者」の文言を印字する	
27	後保マーク	○			・後期高齢者医療に該当する場合、「後保マーク」を印字する	
28	社会保険記号番号		○		・社会保険がある場合、「社会保険記号番号」を印字する	
29	県費該当者の文言		○		・73条該当（現在地保護）対象者の場合、「県費該当者」の文言を印字する ・「県費」の表現を保護主体（都道府県	
30	ケース番号		○			
31	世帯員番号		○			
32	備考	○			・他法情報の登録がある場合、備考欄に登録されている全ての他法情報を印字す	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	医療扶助	医療券・調剤券の交付	帳票名称 (法令通知)	生活保護法医療券・調剤券
----	------	------------	-------------	--------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で困った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

再発行 様式番号

生活保護法医療券・調剤券（ 年 月分）				(後保)
交付番号		有効期間	日から 日まで	
公費負担者 番号		単独・併用別	単独・併用	
受給者番号		氏名	(男・女)明・大・昭・平・令 年 月 日生	
氏名				
居住地				
指定医療 機関名				
傷病名	(1)	診療別	入院	歯科
	(2)		入院外	調剤
	(3)		訪問看護	
		本人支払額	円	
地区担当員名	取扱担当者名		印	
	自治体名称 役職名 氏名			
備考	社会保険	あり(健・共)	なし	
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2	あり	なし	
	その他			
		県費該当者 後保該当者 社会保険番号番号		

ケース番号 世帯員番号

- 備考
- この用紙は、A列4番白色紙黒色刷りとすること。
 - 「指定医療機関名」欄に指定訪問看護事業者の名称を記入する場合には、訪問看護ステーションの名称も併せて記入すること。

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談	帳票名称	同意書
----	----------------------	------	------	-----

No.	システム印字項目	必須	たたき台		論点
			オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	申請者住所	○			・住所、方書を設定する
3	宛先自治体名称	○			・住所出力が選択された場合のみ、印字する
4	宛先役職名	○			・福祉事務所名または自治体名
5	宛先者氏名	○			
6	敬称	○			・パラメタなどにより初期設定が行える
7	QRコード・バーコード	○			・QRコードまたはバーコードを印字する

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談	帳票名称	同意書
----	----------------------	------	------	-----

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

同 意 書

生活保護法（以下「法」という。）による保護の決定若しくは実施又は法第 77 条若しくは第 78 条の規定の施行のために必要があるときは、私及び私の世帯員（以下「私等」という。）の以下に掲げる事項につき、貴福祉事務所が官公署、日本年金機構若しくは共済組合等（以下「官公署等」という。）に対し、必要な書類の閲覧若しくは資料の提供を求め、又は銀行、信託会社、私等の雇主、その他の関係人（以下「銀行等」という。）に報告を求めることに同意します。

また、貴福祉事務所の調査又は報告要求に対し、官公署等又は銀行等が報告することについて、私等が同意している旨を官公署等又は銀行等に伝えて構いません。

- ・ 氏名及び住所又は居所
- ・ 資産及び収入の状況（生業若しくは就労又は求職活動の状況、扶養義務者の扶養の状況及び他の法律に定める扶助の状況を含む。）
- ・ 健康状態
- ・ 他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況
- ・ 支出の状況

※ 保護廃止後は、氏名及び住所又は居所、健康状態並びに他の保護の実施機関における保護の決定及び実施の状況を除き、保護を受けていた期間における事項に限る。

年 月 日

住所

氏名

宛先自治体名称

宛先役職名

宛先者氏名

敬称

QR コード・バーコード

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適用外)	帳票名称 (法令通知)	被保護者異動訂正連絡票 (国保連用)
----	------	-----------------------	-------------	--------------------

No.	システム印字項目	実装すべき項目	実装してもしなくても良い項目	印字編集条件	論点
1	様式番号	○			
2	発行年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
3	保険者番号	○			
4	被保険者番号	○			
5	異動年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
6	訂正年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
7	訂正区分	○		・該当する区分に○を印字する	
8	公費負担者番号	○			
9	福祉事務所名	○		・福祉事務所名または自治体名	
10	担当者役職名	○			
11	担当者氏名	○			
12	異動事由	○			
13	被保護者氏名カナ	○		・半角カナで印字すること	
14	生年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
15	性別	○		・該当する区分に○を印字する	
16	居住地郵便番号	○			
17	みなし区分	○		・該当区分を印字する	
18	要介護状態区分	○		・該当区分を印字する	
19	有効期間開始年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
20	有効期間終了年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
21	公費負担上限額減額	○		・該当区分を印字する	
22	資格取得年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
23	資格喪失年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
24	計画作成区分	○		・該当区分を印字する	
25	居宅介護支援事業者番号	○			
26	適用開始年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
27	適用終了年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
28	支給限度基準額 1	○			
29	管理期間開始年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
30	管理期間終了年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
31	支給限度基準 2	○			
32	管理期間開始年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
33	管理期間終了年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
34	申請種別	○		・該当区分を印字する	
35	変更申請中区分	○		・該当区分を印字する	
36	申請年月日	○		・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
37	広域保険者番号	○			
38	小規模居宅サービス利用	○		・該当区分を印字する	
39	頁番号	○			

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適用外)	帳票名称 (法令通知)	被保護者異動連絡票 (国保連用)
----	------	-----------------------	-------------	------------------

No.	システム印字項目	たたき台			印字編集条件など	論点
		必須	オプション			
1	様式番号	○				
2	発行年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
3	保険者番号	○				
4	被保険者番号	○				
5	異動年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
6	異動区分	○			・該当する区分に○を印字する	
7	公費負担者番号	○				
8	福祉事務所名	○			・福祉事務所名または自治体名	
9	担当者役職名	○				
10	担当者氏名	○				
11	異動事由	○				
12	被保護者氏名カナ	○			・半角カナで印字すること	
13	生年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
14	性別	○			・該当する区分に○を印字する	
15	居住地郵便番号	○				
16	みなし区分	○			・該当区分を印字する	
17	要介護状態区分	○			・該当区分を印字する	
18	有効期間開始年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
19	有効期間終了年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
20	公費負担上限額減額	○			・該当区分を印字する	
21	資格取得年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
22	資格喪失年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
23	計画作成区分	○			・該当区分を印字する	
24	居宅介護支援事業者番号	○				
25	適用開始年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
26	適用終了年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
27	支給限度基準額 1	○				
28	管理期間開始年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
29	管理期間終了年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
30	支給限度基準 2	○				
31	管理期間開始年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
32	管理期間終了年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
33	申請種別	○			・該当区分を印字する	
34	変更申請中区分	○			・該当区分を印字する	
35	申請年月日	○			・和暦表記 ・元号YYMMDDの表記	
36	広域保険者番号	○				
37	小規模居宅サービス利用	○			・該当区分を印字する	
38	頁番号	○				

業務	介護扶助	介護券の交付 (介護保険制度適用外)	帳票名称 (法令通知)	被保護者異動連絡票 (国保連用)
----	------	-----------------------	-------------	------------------

凡例
 黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称 (プレ印字ではない)

帳票レイアウト検討案

様式番号

被保護者異動連絡票(国保連用)

発行年月日 (頁)

証記載保険者番号

被保険者番号

異動年月日
年号 年 月 日

異動区分
1:新規 2:変更 3:終了

公費負担者番号	福祉事務所名
担当	
担当役職名	担当者氏名 印

異動事由

被保護者氏名(カナ)

生年月日	性別
年号 年 月 日	1:男 2:女

住所地郵便番号

〔要介護認定等〕

みなし区分	要介護状態等区分	有効期間開始年月日	有効期間終了年月日
		年号 年 月 日	年号 年 月 日

公費負担上限度減額

〔資格〕

資格取得年月日	資格喪失年月日
年号 年 月 日	年号 年 月 日

〔居宅サービス計画(介護予防サービス計画)届出〕

計画作成区分	居宅介護支援事業者等番号	適用開始年月日	適用終了年月日
		年号 年 月 日	年号 年 月 日

〔支給限度額〕

区分	支給限度基準額	上限管理適用開始年月日	上限管理適用終了年月日
支給限度基準額(旧訪問通)		年号 年 月 日	年号 年 月 日
(旧短期入所)			

〔申請情報〕

申請種別	変更申請中区分	申請年月日
		年号 年 月 日

広域(政令市)保険者番号

小規模居宅サービス利用

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談	帳票名称	生活保護法による保護申請書
----	----------------------	------	------	---------------

No.	たたき台				論点
	システム印字項目	必須	オプション	印字編集条件など	
1	様式番号	○			
2	申請者住所	○		・住所、方書を設定する ・住所出力が選択された場合のみ、印字する	
3	申請者電話番号		○		
4	宛先自治体名称	○		・福祉事務所名または自治体名	
5	宛先役職名	○			
6	宛先者氏名	○			
7	敬称	○		・パラメタなどにより初期設定が行える	
8	QRコード・バーコード	○		・QRコードまたはバーコードを印字する	

帳票詳細要件 生活保護システム

業務	生活保護申請・決定 (変更等含む)	面接相談	帳票名称	生活保護法による保護申請書
----	----------------------	------	------	---------------

凡例

黒字：必須項目 青字：オプション項目 枠で囲った箇所：システム印字項目名称（プレ印字ではない）

帳票レイアウト検討案

様式番号

生活保護法による保護申請書

現在住んでいるところ				現在のところに住み始めた時期				※福祉事務所受付年月日		
申請者電話番号				年 月 日						
家族の状況	人員	氏名	個人番号	続柄	性別	年齢	生年月日	学歴	職業	健康状態
	1			世帯主						
	2									
	3									
	4									※町村役場受付年月日
	5									
	6									
	7									
	8									
家族のうち別なところに住んでいる者があるときはその名前と住んでいるところ										
資産の状況(別添1)		収入の状況(別添2)			関係先照会への同意(別添3)					
援助の状況を状ししてくれる	世帯主又は家族との関係	氏名	住所		今まで受けた援助及び将来の見込					
保護を申請する理由(具体的に記入して下さい。)										
上記のとおり相違ないので、生活保護法による保護を申請します。 年 月 日 申請者住所 氏名 保護を受けようとする者との関係										
宛先自治体名称		宛先役職名								
宛先者氏名		敬称								

(記入上の注意)

- 1 ※印欄には記入しないで下さい。
- 2 申請者と保護を受けようとする者が異なる場合には、別添の書類は保護を受けようとする者に記入してもらって下さい。
- 3 不実の申請をして不正に保護を受けた場合、生活保護法第85条又は刑法の規定によって処罰されることがあります。

(注) この申請書は開始、変更いずれの場合にも用いるものとし、変更申請の場合は、変更にかかる事項を記入させ、別添1から3のうち必要なものを添付させること。

QRコード・バーコード