

(別紙4) 帳票レイアウト

帳票レイアウト一覧















障害者福祉	大項目	帳票タイトル	頁番号
障害者福祉	1. 障害者福祉共通	01. 宛名シール	1
		02. 窓空き宛名	
	2. 身体障害者手帳	01. 身体障害者手帳交付証明書	3
		02. 身体障害者手帳交付（再交付）について	
		03. 身体障害者手帳交付決定通知書	
		04. 身体障害者手帳交付申請却下通知書	
		05. 身体障害者手帳の再認定について	
		06. 身体障害者手帳居住地変更通知書	
		07. 身体障害者更生指導台帳	
		08. 身体障害者更生指導台帳（指導記録）	
		09. 身体障害者更生指導台帳（更生医療）	
		10. 身体障害者更生指導台帳（育成医療）	
		11. 身体障害者更生指導台帳（補装具）	
		13. 身体障害者更生指導台帳の送付について	
		14. 身体障害者手帳交付申請者一覧（進達）	
		15. 身体障害者手帳（紙様式）	
		16. 身体障害者手帳交付申請書	
		17. 身体障害者手帳再交付申請書	
		18. 身体障害者死亡通知書	
		19. 身体障害者居住地等変更届書	
		20. 身体障害者手帳返還届	
		21. 身体障害者手帳交付証明書発行願	
		22. 身体障害者手帳の再認定の督促について	
		23. 身体障害者手帳返還通知書	
		3. 療育手帳	
02. 療育手帳交付（再交付）について			
03. 療育手帳交付決定通知書			
04. 療育手帳交付申請却下通知書			
05. 療育手帳再判定のお知らせ			
06. 療育手帳居住地変更通知書			
07. 知的障害者更生指導台帳			
08. 知的障害者更生指導台帳（指導記録）			
09. 知的障害者更生指導台帳の送付について			
10. 療育手帳交付申請者一覧（進達）			
11. 療育手帳（紙様式）			
12. 療育手帳交付申請書			
13. 療育手帳再交付・再判定申請書			
14. 療育手帳記載事項変更届			
15. 療育手帳返還届			
16. 申出書			
17. 療育手帳交付証明書発行願			
4. 精神障害者保健福祉手帳	01. 障害者手帳交付証明書	47	
	02. 障害者手帳交付（再交付）について		
	03. 障害者手帳交付決定通知書		
	04. 障害者手帳交付申請却下通知書		
	05. 障害者手帳更新のお知らせ		
	06. 障害者手帳交付申請者一覧（進達）		
	07. 進達伺書		
	08. 障害者手帳（紙様式）		
	09. 障害者手帳交付申請書		
	10. 障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書		
	11. 障害者手帳返納届		
	12. 障害者手帳障害年金等に係る同意書		
	13. 障害者手帳交付証明書発行願		
5. 国制度手当	01. 認定通知書	60	
	02. 認定請求却下通知書		
	03. 再認定通知書		
	04. 支給開始決定通知書		
	05. 支給停止通知書		
	06. 支給停止解除通知書		
	07. 一時差止通知書		
	08. 一時差止解除通知書		
	09. 資格喪失通知書		
	10. 診断書の提出について		
	11. 所得状況届の提出に関するご案内		
	12. 所得状況関係連名簿		
	13. 特別障害者手当現況届		
	14. 障害児福祉手当現況届		
	15. 経過的福祉手当現況届		
	16. 障害児福祉手当（福祉手当）所得状況届		
	17. 特別障害者手当所得状況届		
	18. 所得状況届督促通知書		
	19. 受給者台帳（表面）		
	20. 受給者台帳（裏面）		
	21. 被災非該当通知書		
	22. 支払通知書		
	23. 支払内訳書		
	24. 口座振込依頼書		
	25. 受給者台帳の送付依頼について		
6. 障害福祉サービス等（受給者管理）	01. （介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書	88	
	02. 障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書		
	03. （介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書		
	04. 障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書		
	05. 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書		
	06. 計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書		
	07. 申請内容変更届出書（介護給付費等）		

帳票レイアウト一覧

大項目	帳票タイトル	頁番号
	08. 申請内容変更届出書 (児童通所支援)	
	09. 受給者証再交付申請書 (介護給付費等)	
	10. 受給者証再交付申請書 (児童通所支援)	
	11. 利用者負担上限額管理事務依頼 (変更) 届出書	
	12. (介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費) 支給 (給付) 決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書	
	13. 障害児通所給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書	
	14. 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給 (却下) 通知書	
	15. 障害支援区分認定通知書	
	16. 却下決定通知書 (介護給付費等)	
	17. 却下決定通知書 (児童通所支援)	
	18. (介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書	
	19. 障害児通所給付費支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書	
	20. モニタリング期間変更通知書	
	21. 障害支援区分変更認定通知書	
	22. 障害支援区分認定証明書	
	23. 障害福祉サービス受給者証	
	23-2. 障害福祉サービス受給者証	
	24. 地域相談支援受給者証	
	25. 療養介護医療受給者証	
	26. 通所受給者証	
	27. 肢体不自由児通所医療受給者証	
	28. 支給 (給付) 決定取消通知書	
	29. 支給決定取消通知書	
	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	
	31. 障害福祉サービス申請手続きのお知らせ (18歳到達)	
	32. 介護保険要介護認定申請のお知らせ	
	33. 障害支援区分更新のお知らせ	
	34. 支給期間更新のお知らせ	
	35. 利用者負担適用期間更新のお知らせ	
	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	
7. 障害福祉サービス等 (給付管理)	01. 令第四十三條の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の給付要件確認に関する届出書	...
	02. 令第四十三條の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の代理受領に係る委任状	
	03. 令第四十三條の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の代理受領に係る委任状 (生活保護)	
	04. 令第四十三條の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ	
	05. 令第四十三條の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ	
	06. 高額障害児 (通所・入所) 給付費給付のお知らせ	
	07. 令第四十三條の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書	
	08. 令第四十三條の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書	
	09. 高額障害児 (通所・入所) 給付費支給申請書	
	10. 令第四十三條の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給 (不支給) 決定通知書	
	11. 令第四十三條の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給 (不支給) 決定通知書	
	12. 高額障害児 (通所・入所) 給付費支給 (不支給) 決定通知書	
	13. 口座振込依頼書	
	14. 支払通知書	
	15. 支出内訳書	
8. 自立支援医療 (更生医療)	01. 自立支援医療受給者証 (表面)	...
	02. 自立支援医療受給者証 (裏面)	
	03. 判定依頼書	
	04. 調査書	
	05. 認定決定通知書	
	06. 却下通知書	
	07. 自立支援医療費支給認定申請書	
	08. 自己負担上限額管理票	
	09. 変更決定通知書	
	10. 支給認定決定のお知らせ	
	11. 自立支援医療受給者証等記載事項変更届	
	12. 受給者証の更新について (お知らせ)	
9. 自立支援医療 (育成医療)	01. 自立支援医療受給者証 (表面)	...
	02. 自立支援医療受給者証 (裏面)	
	03. 認定決定通知書	
	04. 却下通知書	
	05. 自立支援医療費支給認定申請書	
	06. 自己負担上限額管理票	
	07. 審査依頼書	
	08. 調査書	
	09. 変更決定通知書	
	10. 支給認定決定のお知らせ	
10. 自立支援医療 (精神通院医療)	01. 進捗リスト	...
	02. 自立支援医療受給者証	
	03. 自己負担上限額管理票	
	04. 却下通知書	
	05. 受給者証の交付について	
	06. 受給者証の更新について (お知らせ)	
	07. 調査書	
	08. 自立支援医療費支給認定申請書	

帳票レイアウト一覧

大項目	帳票タイトル	頁番号
11. 補装具	01. 調査書 02. 判定依頼書 03. 判定通知書 04. 補装具費支給決定通知書 05. 別添様式例第8(1)号補装具費支給券 別添様式例第8(2)号補装具費支給券 別添様式例第8(3)号補装具費支給券 06. 却下決定通知書 07. 代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状 08. 補装具費支給決定のお知らせ(事業者向け) 09. 補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書	184
12. 特別児童扶養手当	01. 市町村 特別児童扶養手当受給資格者名簿(表面) 02. 市町村 特別児童扶養手当受給資格者名簿(裏面) 03. 指定都市 特別児童扶養手当受給資格者台帳(表面) 04. 指定都市 特別児童扶養手当受給資格者台帳(裏面) 05. 特別児童扶養手当関係書類提出書 06. 特別児童扶養手当証書受領書 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 08. 証書の交付について 09. 診断書の提出について 10. 所得状況届の提出について 11. 所得状況届 12. 現況届 13. 特別児童扶養手当認定通知書 14. 特別児童扶養手当支給停止通知書 15. 特別児童扶養手当請求却下通知書 16. 特別児童扶養手当額改定通知書 17. 特別児童扶養手当額改定請求却下通知書 18. 特別児童扶養手当資格喪失通知書 19. 特別児童扶養手当受給資格者移管通知書 20. 特別児童扶養手当有期認定通知書 21. 特別児童扶養手当証書	195

<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">1</p>	<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">2</p>
<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">3</p>	<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">4</p>
<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">5</p>	<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">6</p>
<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">7</p>	<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">8</p>
<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">9</p>	<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">10</p>
<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">11</p>	<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">12</p>
<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">13</p>	<p>999-9999          ●●県●●市●●1-2-3          あいうえおかきくけこ</p> <p>■ ■ 太郎 様          (▲▲ 花子 様分)</p>  <p style="text-align: right;">14</p>

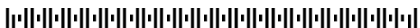
999-9999

●●県●●市●●1-2-3

あいうえおかきくけこ

■太郎様

(▲▲花子様分)

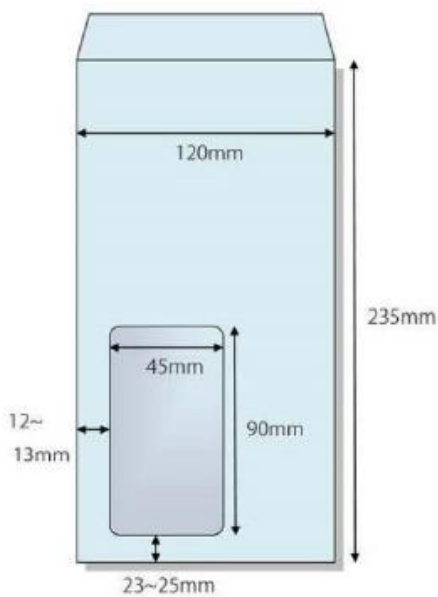
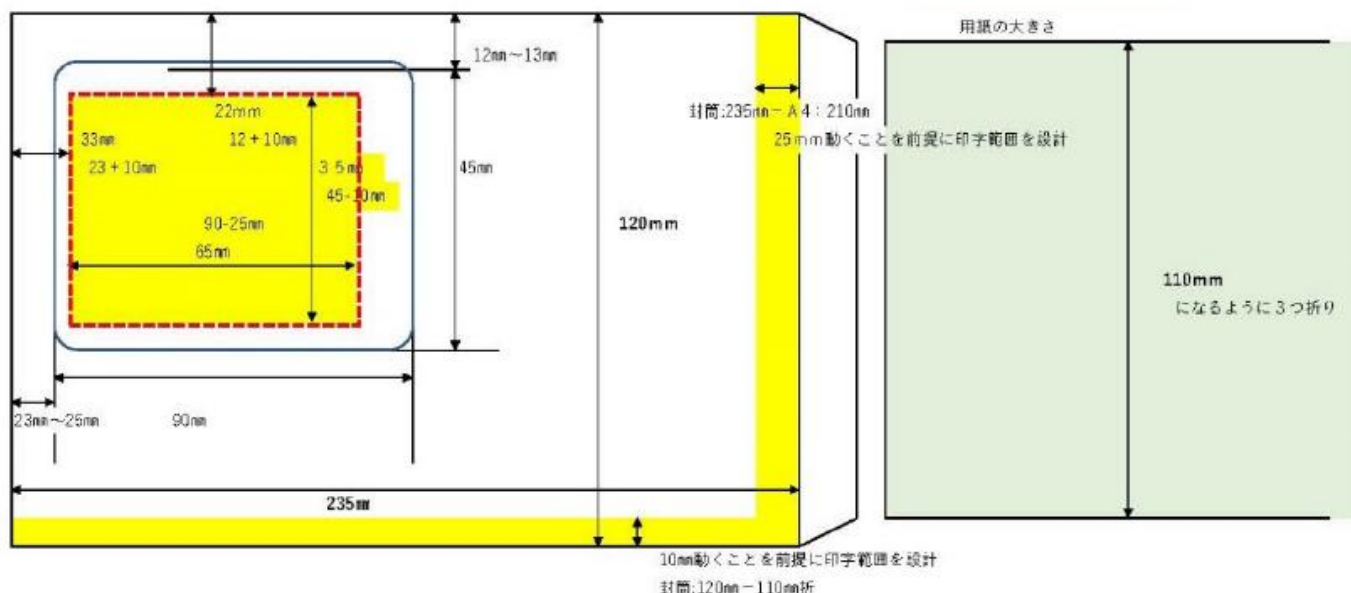


(参考)宛名部分に対応した封筒レイアウトを以下に示す。

### 封筒レイアウト

■内容物のズレを意識して設計 パーコードは窓枠から最低2mmは必要

長型3号(120×235)定型  
A4横三つ折り




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

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

第 号  
年 月 日

## 身体障害者手帳交付証明書

〇〇市（町村）長 

下記の者は、身体障害者手帳の交付者であること（あったこと）を証明する。

### 記

氏 名		生年月日	
住 所			
手帳番号		交 付 日	
総合等級		再交付日	
障害種別		返 還 日	
障 害 名			

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

余白 2

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 年 月 日 号

## 身体障害者手帳交付（再交付）について

〇〇市（町村）長

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

### 固定文 1

つきましては、申請された窓口までお越しください。

### 記

氏 名	手帳番号
固定文 2 お持ちいた だくもの	固定文 3 1. この通知書 2. 身体障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）
備 考	固定文+編集 1

余白 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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

## 身体障害者手帳交付決定通知書

〇〇市（町村）長 印

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

### 記

氏 名				生年月日	
住 所					
手帳番号		等級		交付年月日	

### 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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

## 却下決定通知書

〇〇市（町村）長 

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

## 記

氏 名		生年月日	
住 所			
申 請 日		申請事由	
理 由			

## 教 示

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

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

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

### 身体障害者手帳の再認定について

〇〇市（町村）長 印

障害程度に変化が予想され再認定を要するので身体障害者福祉法第 17 条の 2 第 1 項及び児童福祉法第 19 条第 1 項の規定に基づく診査が必要です。

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

#### 記

氏 名		生年月日	
住 所			
手帳番号			
障 害 名			
総合等級		再認定年月	
備 考			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



第 年 月 号  
 年 月 日

身体障害者居住地変更通知書

〇〇市（町村）長 

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

記

氏 名		生年月日	
身体障害者手帳番号			
障 害 名			
旧 住 所			
新 住 所			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

身体障害者更生指導台帳			手帳番号		
障害者 本人	カナ氏名			生年月日	
	氏名			住 所	
保護者	氏名			本人との 続柄	
初回交付年月日			再交付年月日		
総合等級			障害種別		
	障害部位	部位等級	部位認定日	再認定年月	障害内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
障害名					
家 族 状 況	氏名	本人との続柄		生年月日	
備考					









# 身体障害者更生指導台帳

補装具

障害者氏名						
住 所						
支給年月日	種 目	購・修・借	費 用 額		取扱業者名	備 考
			公費負担額	本人負担額		

転出先市町村

第 号

年 月 日

### 身体障害者更生指導記録票の送付について

〇〇市（町村）長

このことについて、下記のもの 年 月 日付けをもって貴管内に転出の旨通知がありましたので別紙関係書類を送付します。

#### 記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
手帳番号			
障 害 名			
旧 住 所			
新 住 所			
備 考			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

進達先

第 号

年 月 日

身体障害者手帳の交付等申請者一覧（進達）

〇〇市（町村）長

下記の交付申請等について進達します。

記

〇/〇 ページ

No	受付番号 申請年月日	対象者氏名 保護者氏名	住所	生年月日	申請事由	備考

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

(縦11.4cm、横7.5cm×5面) ※表紙となる第一面はカバーケースとなるため、帳票レイアウトとしては第二面からとしている。

身 体 障 害 者 手 帳		本 人 の 欄			保 護 者 の 欄			障 害 名		備 考
(印字) 交付日 + " 交付"		現 住 所	転 入 年月日	福祉事務 所長又は 町村長印	保 護 者 となっ た年月 日	福祉事 務所長 又は町 村長印	(印字) 障害名		(印字) 設定に従う	
写真 (縦4cm×横3cm)	(印字) 手帳記号 (印字) 手帳番号	(印字) 住所			(印字) 氏名 (印字) 続柄 (印字) 住所			身体障害者等級表による 級別 (印字) 級		
	旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額 (印字) 種					氏名 続柄 住所				
氏 名 (印字) 氏名 (印字) 生年月日 + " 生"					氏名 続柄 住所					
余白					氏名 続柄 住所					
(印字) 市町村名/ 都道府県名		注) 住所や氏名が変わったときは、速 やかに変更の届けを出してください。								
公印										

## 身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者

フリガナ												生年月日	年 月 日		
氏 名															
居 住 地	〒														
個人番号															
本人との続柄												電話番号			

15歳未満の児童

フリガナ												生年月日	年 月 日		
氏 名															
個人番号															

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

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

(備考)

- 1 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。
- 2 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なります。

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

申請者

フリガナ							生年月日	年 月 日			
氏 名											
居 住 地	〒										
個人番号											
本人との続柄							電話番号				

15歳未満の児童

フリガナ							生年月日	年 月 日			
氏 名											
個人番号											

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

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

理 由	1. 紛失	3. 障害程度の変更	5. 再認定
	2. 破損・汚損	4. 障害の追加	6. その他 ( )

既手帳交付内容

手帳番号		交付年月日	
総合等級		障害程度	
障 害 名			

(備考)

- ◎ 身体障害のある15歳未満の児童については、手帳の交付は保護者が代わって申請することになっています。この場合には、児童の氏名、生年月日及び個人番号を記入することとし、保護者の個人番号は記入する必要はありません。
- ◎ 理由が「1. 紛失」又は「2. 破損・汚損」の場合は、個人番号は記入する必要はありません。
- ◎ 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なります。

窓空宛名

第 号  
年 月 日

## 身体障害者死亡通知書

〇〇市（町村）長 印

下記の者について、死亡が確認されたので通知します。

## 記

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

(注) 当該身体障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

(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 xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

身体障害者居住地等変更届書

年 月 日

都道府県名知事・市町村名長 殿

届出者氏名

手帳所持者の個人番号

私は、下記の通り変更したので届け出ます。

記

届出事由	居住地変更・氏名変更・その他（ ）
------	-------------------

変更内容（変更事項のみ記載してください）

		旧（変更前）	新（変更後）
手帳所持者	フリガナ		
	氏名		
	居住地	〒	〒
	電話番号		
保 護 者	フリガナ		
	氏名		
	居住地	〒	〒
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	電話番号		
	続 柄		

既交付の身体障害者手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	総合等級	
障 害 名					



## 身体障害者手帳返還届

年 月 日

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

(届出者)

住所 〒

氏名

(本人との続柄)

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。

記

返 還 者	フリガナ									生年月日	年 月 日		
	氏 名												
	居 住 地	〒											
	個人番号												
返 還 理 由	1. 障害を有しなくなったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. その他 ( )												
返還事由発生日	年 月 日												

返還する手帳の記載内容

手帳番号				交付年月日	年 月 日			総合等級	
障 害 名									

# 身体障害者手帳交付証明書発行願

年 月 日

都道府県名知事・市町村名長 殿

(届出者)  
住所 〒

氏名

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

記

証明書発行対象者

フリガナ	
氏 名	
居 住 地	〒
生年月日	年 月 日
理 由	

窓空宛名

第 年 月 日  
号

## 身体障害者手帳の再認定の督促について

〇〇市（町村）長 印

下記の再認定年月までに身体障害者福祉法第17条の2第1項及び児童福祉法第19条第1項の規定に基づく診査を行うよう依頼していますが、身体障害者手帳の再交付申請の手続きが行われていません。

つきましては、身体障害者福祉法第15条により指定された医師の診断を受けたうえ、下記の期限までに必ず身体障害者手帳の再交付申請の手続きを行ってください。

なお、下記の期限までに再交付申請の手続きが行われなかった場合は、身体障害者福祉法第16条第2項の規定に基づき手帳の返還を命ずる可能性があります。

### 記

氏 名		生年月日	
住 所			
手帳番号		総合等級	
障 害 名			
再認定年月		期 限	
備 考			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

## 身体障害者手帳返還通知書

〇〇市（町村）長 印

現在交付しています身体障害者手帳について、身体障害者福祉法第16条第2項の規定により無効となりますので、速やかに返還してください。

### 記

氏 名		生年月日	
住 所			
理 由			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

第 号  
年 月 日

## 療育手帳交付証明書

〇〇市（町村）長 印

下記の者は、療育手帳の交付者であることを証明する。

### 記

手帳番号		交 付 日	
障害程度		再交付日	
再判定年月		返 還 日	
氏 名		生年月日	
住 所			
保 護 者	氏 名		本人との続柄
	住 所		
備 考			

余白

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 年 月 日  
号

## 療育手帳交付（再交付）について

〇〇市（町村）長

先に申請のありました療育手帳について、**都道府県名**より送付されましたので、下記のとおりお渡しします。

つきましては、申請された窓口までお越しください。

### 記

氏 名	手帳番号	
お持ちいただくもの	1. この通知書 2. 療育手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）	
備 考		

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

## 療育手帳交付決定通知書

〇〇市（町村）長 印

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

なお、「再判定年月」の満了前に必ず再判定を受けるようにしてください。

### 記

氏 名		生年月日	
住 所			
手帳番号		交付年月日	
障害の程度		再判定年月	

### 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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

## 却下決定通知書

〇〇市（町村）長 印

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

### 記

氏 名		生年月日	
住 所			
申 請 日		申請事由	
理 由			

### 教 示

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

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

（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@yy.yy.zzz.zzz](mailto:xxxxxxxxx@yy.yy.zzz.zzz)



窓空宛名

第 年 月 日  
号

## 療育手帳の再判定について

〇〇市（町村）長 印

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

### 記

氏 名		生年月日	
住 所			
再判定年月			
申請に必要なもの	1. 療育手帳再判定申請書 2. 写真1枚（縦4cm×横3cm 胸から上・脱帽 最近1年以内のもの）		
備 考			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 年 月 日 号

### 知的障害者居住地変更通知書

〇〇市（町村）長 

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

#### 記

氏 名		生年月日	
療育手帳番号		障害程度	
旧 住 所			
新 住 所			

（お問い合わせ先）

●●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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

知的障害者更生指導台帳			手帳番号	
障害者 本人	カナ氏名		生年月日	
	氏名		住所	
保護者	氏名		住所	
	本人との続柄			
初回交付年月日			再交付年月日	
再判定年月			障害程度	
家 族 状 況	氏名		本人との続柄	生年月日
備考				

# 知的障害者更生指導台帳

(指導記録)

障害者 氏 名	
住 所	

ケ ー ス 履 歴	年 月 日	サービス名称	指 導 記 録	

転出先市町村   
--------------------

第 号

年 月 日

## 知的障害者更生指導記録票の送付について

〇〇市（町村）長

このことについて、下記のもの 年 月 日付けをもって貴管内に転出の旨通知がありましたので別紙関係書類を送付します。

### 記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
手帳番号			
障害程度			
旧 住 所			
新 住 所			
備 考			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

進達先

第 号

年 月 日

### 療育手帳の交付等申請者一覧（進達）

〇〇市（町村）長

下記の交付申請等について進達します。

記

〇/〇 ページ

No	申請年月日	対象者氏名	保護者氏名	住所	生年月日	申請事由	備考

（お問合せ先）

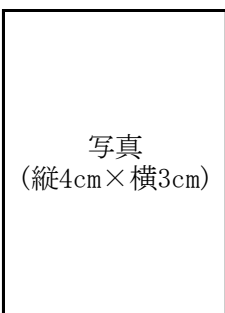
●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

# 療 育 手 帳



(印字)手帳番号 (〇〇市 第 号)  
(印字)交付日 + " 交付"

氏 名 (印字)氏名  
(印字)生年月日 + " 生"

障害の程度 (総合判定) (印字)程度 旅客鉄道株式会社 (印字)種  
旅客運賃減額 (第〇種)

余白  
(印字)設定に従う

(印字)市町村名/  
都道府県名

公印

- (1) -

本 人				
住 所			変更年月日	福祉事務所長 又は町村長印
(印字)住所				
保 護 者				
氏 名	続 柄	電 話 番 号	変更年月日	福祉事務所長 又は町村長印
(印字)氏名	(印字)続柄	(印字)電話番号		
住所	(印字)住所			

- (2) -

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

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

- (3) -

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

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

— (4) —

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

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

— (5) —

(予備欄)
(印字)設定に従う

— (6) —



(予備欄)

(印字)設定に従う

— (7) —

療育・相談の記録 (医療・措置・教育等)

年 月 日	事 項	取 扱 機 関

— (8) —

保 護 者 の 記 録


— (9) —

療育・相談の記録（医療・措置・教育等）		
年 月 日	事 項	取 扱 機 関

－ (10) －

保 護 者 の 記 録

－ (11) －

療育・相談の記録（医療・措置・教育等）		
年 月 日	事 項	取 扱 機 関

－ (12) －

保 護 者 の 記 録


— (13) —

療育・相談の記録（医療・措置・教育等）

年 月 日	事 項	取 扱 機 関

— (14) —

保 護 者 の 記 録


— (15) —

### 注 意 事 項

- 1 この手帳は、なくさないように大切におもちください。
- 2 相談所や病院、福祉事務所などへ相談や治療などに行かれるときは、かならずおもちになり、その記録をしてもらってください。
- 3 手帳の中に書かれている本人又は保護者の住所、氏名に変更があったときは、すぐに福祉事務所又は町村役場へ届けてください。
- 4 保護者の記録欄には、本人の健康、生活面でのお気づきになった点を書きとめておいてください。

— (16) —

### 注 意 事 項

- 5 この手帳の判定欄の「A」「B」の記号は、障害の程度を示すもので、「A」は重度、「B」はそれ以外を意味します。
- 6 電車、バス、飛行機などの交通機関を割引運賃で使うときには、切符を買うときにこの手帳を提示するとともに、乗車中もかならずこの手帳をおもちください。
- 7 手帳をつかえなくなることがありますので判定の記録欄に記載された「次の判定年月」までに児童相談所又は知的障害者更生相談所の判定を受けてください。

— (17) —

## 療育手帳交付申請書

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

年 月 日

申請者氏名

療育手帳の交付を受けたいので、次により申請いたします。

本人	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒	電話番号	
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒	続 柄	
			電話番号	
参考事項	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。 はい・いいえ はいの場合 (相談所等の名称と相談年月) _____			
	2 施設等に入所していますか。                      はい・いいえ はいの場合 (施設等の名称) _____			
	3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 はい・いいえ			

### ※ 判定の記録

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

#### 注意事項

1. 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
2. 本人及び保護者の氏名には必ずふりがなを付してください。
3. 記名押印に代えて署名することができます。
4. 太枠内を記入し、※印の欄は記入しないでください。

## 療育手帳再交付・再判定申請書

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

年 月 日

申請者氏名 \_\_\_\_\_

次のとおり申請いたします。

理由	1. 再交付（紛失・破損汚損・記載事項余白不足・その他（ ）） 2. 再判定				
本人	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒	電話番号		
保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名				
	住 所	〒	続 柄		
			電話番号		
手帳番号		交付年月日		障害の程度	

### 再判定時の記載事項

前回の判定年月		前回の判定機関	
参考事項	1 施設等に入所していますか。 はい・いいえ はいの場合 (施設等の名称) _____		
	2 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 はい・いいえ		

### ※ 再判定時の判定の記録

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

### 注意事項

1. 申請者氏名は、手帳の再交付又は再判定を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。
2. 記名押印に代えて署名することができます。
3. 太枠内を記入し、※印の欄は記入しないでください。

## 療育手帳記載事項変更届

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

年 月 日

届出者氏名 \_\_\_\_\_

私は、下記の通り変更したので届け出ます。

### 記

届出事由	住所変更・氏名変更・その他 ( )
------	-------------------

変更内容（変更事項のみ記載してください）

		旧（変更前）	新（変更後）
本人	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	〒	〒
	電話番号		
	施設入所	<input type="checkbox"/> あり （施設名：                      ） <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり （施設名：                      ） <input type="checkbox"/> なし
保護者	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	〒	〒
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	電話番号		
	続 柄		

既交付の療育手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害の程度	
------	--	-------	--	-------	--

## 療育手帳返還届

年 月 日

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

(届出者)  
住所 〒

氏名  
(本人との続柄)

下記の理由により、療育手帳を返還します。

記

返 還 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒		
返 還 理 由	1. 非該当になったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. 居住地を変更したため 4. その他 ( )			
返還事由発生日	年 月 日			

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害の程度	
------	--	-------	--	-------	--



# 申 出 書

年 月 日

都道府県名知事・市町村名長 殿

(申出者)  
住所 〒

氏名  
(本人との続柄)

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

## 記

### 対象者

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日

### 現在所持している療育手帳

手帳番号	
判定機関	

※ 申出者は、療育手帳交付申請書の申請者と同一で、手帳の交付を受けようとする本人又はその保護者となります。

# 療育手帳交付証明書発行願

年 月 日

都道府県名知事・市町村名長 殿

(届出者)  
住所 〒

氏名

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


記

証明書発行対象者

フリガナ	
氏 名	
住 所	〒
生年月日	年 月 日
理 由	

第 号  
年 月 日

## 障害者手帳交付証明書

〇〇市（町村）長 

下記の者は、障害者手帳の交付者であることを証明する。

### 記

手帳番号		交 付 日	
障害等級		再交付日	
有効期限		返 還 日	
氏 名		生年月日	
住 所			
備 考			

余白

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 年 月 日 号

## 障害者手帳交付（再交付）について

〇〇市（町村）長

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

つきましては、申請された窓口までお越しください。

### 記

氏 名	手帳番号	
お持ちいただくもの	1. この通知書 2. 障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）	
備 考		

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

## 障害者手帳交付決定通知書

〇〇市（町村）長 

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

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

### 記

氏名		生年月日	
住所			
手帳番号		交付日	
障害等級		有効期限	

### 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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 号  
年 月 日

## 却下決定通知書

〇〇市（町村）長 印

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

## 記

氏 名		生年月日	
住 所			
申 請 日		申請事由	
理 由			

## 教 示

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

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

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 年 月 日  
号

## 障害者手帳更新のお知らせ

〇〇市（町村）長 

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

### 記

氏 名		生年月日	
住 所			
有 効 期 限			
備 考			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

## 障害者手帳の交付申請者一覧（進達）

年 月 日  
○/○ ページ

市町村名

No	申請年月日	精神障害者 (児) 氏名	保護者氏名	住所	生年月日	申請事由	添付書類	手帳番号	自立支援医療		備考
									申請事由	受給者番号	



進達先

第 号

年 月 日

### 障害者手帳の進達伺一覧

〇〇市（町村）長

下記の交付申請等について進達します。

#### 記

No	申請事由	件数	自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数
1	新規申請		
2	更新申請		
3	再交付申請		
4	記載事項変更		
5	死亡・転出・返還		
6	再認定申請		
7	等級変更		
合計			

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

(縦9 cm、横6 cm×4面) ※表紙となる第一面はカバーケースとなるため、帳票レイアウトとしては第二面からとしている。

別紙様式4

障 害 者 手 帳				備 考	
写真 (縦4cm×横3cm)	交付日	(印字) 交付日	余白 (印字) 設定に従う		(印字) 設定に従う
	有効期限	(印字) 有効期限			
	(更新)				
	(更新)				
	(更新)				
氏 名	(印字) 氏名	(印字) 市町村名/ 都道府県名	公印	注1) 住所や氏名が変わったときは、変更届を出してください。 注2) 更新の申請は、有効期限の3か月前から市町村役場で行うことができます。	
住 所	(印字) 住所				
生年月日	(印字) 生年月日				
障害等級	(印字) 障害等級				
手帳番号	(印字) 手帳番号	〔精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律第45条の保健福祉手帳〕			

※市町村名	
※受理年月日	年 月 日

## 障害者手帳交付申請書

都道府県名知事・市町村名長 殿

年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の

[ 新規交付 ・ 更新 ・ 障害等級変更 ・ 都道府県又は指定都市間の住所変更による交付 ]

(申請項目を○で囲んでください)

また、障害者手帳の様式については、[ 紙様式 ・ カード様式 ]を希望します。

(交付を希望する様式を○で囲んでください。)

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

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

※市町村名
※受理年月日 年 月 日

## 障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

都道府県名知事・市町村名長 殿

年 月 日

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

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

(変更内容)

旧	
新	

- 2 [ ①汚れ、②破り、③紛失 ] したため再交付の申請

- 3 手帳の様式を変更するための再交付申請

申請者 氏名  
住所  
生年月日  
個人番号  
現行の手帳番号

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

# 障害者手帳返還届

年 月 日

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

(届出者)  
住所 〒

氏名  
(本人との続柄)

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳を返還します。

### 記

返 還 者	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏 名														
	住 所	〒													
	個人番号														
返 還 理 由	1. 障害等級に該当する精神障害でなくなったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. その他 ( )														
返還事由発生日	年 月 日														

### 返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害等級	
------	--	-------	--	------	--

# 障害者手帳障害年金等に係る同意書

年 月 日

都道府県名 知事・市町村名 長 殿

(同意者)

住所 〒

氏名

(本人との続柄)

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

## 記

### 対象者

フリガナ	
氏 名	
生年月日	年 月 日

### 同意事項

支給されている障害年金、特別障害給付金の支給事由及び障害等級等について

情報照会先等の把握のため、次の1～2を記載してください。

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

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

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

( 年 月 )

## 障害者手帳交付証明書発行願

年 月 日

都道府県名知事・市町村名長 殿

(届出者)  
住所 〒

氏名

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

記

証明書発行対象者

フリガナ	
氏 名	
住 所	〒
生年月日	年 月 日
理 由	

窓空宛名
------

手 当 名 認定通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
支給手当月額		支払開始年月	から
支払場所			
有期認定有無		有期認定年月	

申請日付けで申請のありました手当名の受給資格については、上記のとおり認定しましたので通知します。

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 印

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa



窓空宛名
------

手 当 名 認定請求却下通知書

氏 名	
住 所	
却下した理由	

申請日 付けで 手 当 名 の認定請求がありました。上記のとおり却下しましたので通知します。

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 印

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

手 当 名 再認定通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
支給手当月額		支払開始年月	から
支払場所			
有期認定有無		有期認定年月	

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

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 印

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

手 当 名 支給開始通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
支給手当月額		支払開始年月	から
支払場所			
有期認定有無		有期認定年月	

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

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

第 号

年 月 日

福祉事務所長

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

**手 当 名**支給停止通知書

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
支 給 停 止 の 理 由			
支 給 停 止 の 期 間			

あなたの**手 当 名**については、上記のとおり、支給停止しましたので通知します。

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 印

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

手 当 名 支給停止解除通知書

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
支 給 停 止 解 除 の 理 由			
支 給 停 止 解 除 の 期 間			
備 考			

あなたの「手当名」については、上記のとおり、支給停止解除しましたので通知します。

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

**手 当 名**一時差止通知書

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
一 時 差 止 の 理 由			
一 時 差 止 開 始 年 月			

あなたの**手 当 名**については、上記のとおり、一時差止しましたので通知します。

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 印

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

**手 当 名**一時差止解除通知書

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
一時差止解除の理由			
一時差止解除年月			

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

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 **印**

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

手 当 名 資格喪失通知書

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
受給資格がなくな った理由			
受給資格がなくな った日			

上記のとおり、手 当 名の受給資格がなくなりましたので通知します。

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 印

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

**手 当 名**の診断書の提出について

福祉事務所長

下記の診断書を**診断書の提出期限**までに、**提 出 先**に提出してください。  
 なお、正当な理由がなく提出期限内に提出しない場合には、特別児童扶養手当等の支給に関する法律第11条第1項の規定により、**診断書の提出期限の翌月**分から手当を受けることができなくなります。

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
提 出 書 類			
提出をする理由			

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

**手 当 名**の所得状況届の提出に関するご案内

福祉事務所長

下記の書類を**提出受付開始日**から**提出期限**までに、**提出先**に提出してください。

なお、所得状況届の提出が提出期限内に提出されない場合には、**該当年度**の8月分以降の支給が遅れる場合がありますので注意してください。

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
提 出 書 類			
提出をする理由			

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

# 手 当 名 所 得 調 査 表

年 月 日  
○/○ ページ

〇〇年度

認定 番号	世帯通 番	氏 名		住民区分 所得確定 年齢	前年支給状況		所 得 額	控 除		扶養人数		本人該当		備 考	
		住 所	続 柄		転入日	資格喪失日									
		生年月日													
							総所得額	雑損	⑧扶養	⑦老人	障害				
							繰越損失額	医療費						特障害	
							その他所得額	掛金						④特定	寡婦
							控除後所得額	配偶者						障害	ひとり
							保険料	特障害	勤学						
							総所得額	雑損	⑧扶養	⑦老人	障害				
							繰越損失額	医療費						特障害	
							その他所得額	掛金						④特定	寡婦
							控除後所得額	配偶者						障害	ひとり
							保険料	特障害	勤学						
							総所得額	雑損	⑧扶養	⑦老人	障害				
							繰越損失額	医療費						特障害	
							その他所得額	掛金						④特定	寡婦
							控除後所得額	配偶者						障害	ひとり
							保険料	特障害	勤学						
							総所得額	雑損	⑧扶養	⑦老人	障害				
							繰越損失額	医療費						特障害	
							その他所得額	掛金						④特定	寡婦
							控除後所得額	配偶者						障害	ひとり
							保険料	特障害	勤学						
							総所得額	雑損	⑧扶養	⑦老人	障害				
							繰越損失額	医療費						特障害	
							その他所得額	掛金						④特定	寡婦
							控除後所得額	配偶者						障害	ひとり
							保険料	特障害	勤学						
							総所得額	雑損	⑧扶養	⑦老人	障害				
							繰越損失額	医療費						特障害	
							その他所得額	掛金						④特定	寡婦
							控除後所得額	配偶者						障害	ひとり
							保険料	特障害	勤学						

窓空宛名
------



通 番	
認定番号	

特別障害者手当現況届 ( 年度)

受 給 者	フリガナ			生年月日	
	氏 名				
	住 所			電話番号	
配 偶 者	氏 名		住所		
扶養義務者	氏 名	(受給者との続柄 )	住所		
(受給者のみ) 施設への 入所状況	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入所予定		<input type="checkbox"/> (過去1年以内に) 入所していた		<input type="checkbox"/> 入所していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで		
	施設名				
※通所施設・短期入所・グループホーム・有料老人ホーム等は施設入所にあたりません					
(受給者のみ) 病院への 入院状況	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入院予定		<input type="checkbox"/> (過去1年以内に) 入院していた		<input type="checkbox"/> 入院していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで		
	病院名 (介護老人保健施設を含む)				
(受給者のみ) 公的年金の 受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中				<input type="checkbox"/> 受給していない
	年金の名称	年金の種類	年金額 (受取額)		
			円		
			円		
※年金の名称 1国民年金 2厚生年金 3共済年金 4船員年金 5恩給 6労災年金 7その他					
※年金の種類 1老齢年金 2障害年金 3遺族年金 4退職年金 5障害補償年金 6寡婦(夫)年金 7その他 (注意) 障害年金・遺族年金・寡婦(夫)年金の受給者は前年中に受給した年金額を確認できるもの(年金振込通知書や通帳の写し等)、また前年度に年金を受給開始した方は年金証書の写しを提出してください。					
(受給者のみ)	前年末時点における16歳以上19歳未満の児童の所得税法上の扶養状況		<input type="checkbox"/> 扶養していた ( 人 )		<input type="checkbox"/> 扶養していない

上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の介護保険台帳及び公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。

年 月 日

市区町村長名 あて

受給者氏名 \_\_\_\_\_

届出人氏名 \_\_\_\_\_

(受給者との続柄 連絡先 - - )

※記名押印に代えて自署することができます

窓空宛名
------



通 番	
認定番号	

障害児福祉手当現況届 ( 年度)

受 給 者	フリガナ			生年月日	
	氏 名				
	住 所			電話番号	
配 偶 者	氏 名		住所		
扶養義務者	氏 名	(受給者との続柄 )	住所		
(受給者のみ) 施設への 入所状況	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入所予定		<input type="checkbox"/> (過去1年以内に) 入所していた		<input type="checkbox"/> 入所していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで		
	施設名				
	※通所施設・短期入所・グループホーム等は施設入所にあたりません				
(受給者のみ) 公的年金の 受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中				<input type="checkbox"/> 受給していない
	年金の名称	年金の種類	基礎年金番号		
※年金の名称 1国民年金 2厚生年金 3共済年金 4船員年金 5恩給 6労災年金 7その他					
※年金の種類 1障害年金 2障害補償年金					

上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。

年 月 日

市区町村長名 あて

受給者氏名 \_\_\_\_\_

届出人氏名 \_\_\_\_\_

(受給者との続柄 \_\_\_\_\_ 連絡先 \_\_\_\_\_ )

※記名押印に代えて自署することができます

窓空宛名
------



通 番	
認定番号	

経過的福祉手当現況届 ( 年度)

受 給 者	フリガナ			生年月日	
	氏 名				
	住 所			電話番号	
配 偶 者	氏 名		住所		
扶養義務者	氏 名	(受給者との続柄 )	住所		
(受給者のみ) 施設への 入所状況	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入所予定		<input type="checkbox"/> (過去1年以内に) 入所していた		<input type="checkbox"/> 入所していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで		
	施設名				
	※通所施設・短期入所・グループホーム・有料老人ホーム等は施設入所にあたりません				
(受給者のみ) 公的年金の 受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中				<input type="checkbox"/> 受給していない
	年金の名称	年金の種類	基礎年金番号		
※年金の名称 1国民年金 2厚生年金 3共済年金 4船員年金 5恩給 6特別障害給付金 7その他					
※年金の種類 1障害年金 2障害補償年金					
(受給者のみ) 前年末時点における16歳以上19歳未満の児童の所得税法上の扶養状況			<input type="checkbox"/> 扶養していた ( 人)		<input type="checkbox"/> 扶養していない

上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の介護保険台帳及び公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。

年 月 日

市区町村長名 あて

受給者氏名 \_\_\_\_\_

届出人氏名 \_\_\_\_\_

(受給者との続柄 連絡先 - - )

※記名押印に代えて自署することができます



A 201100000020A

様式第三号(第二条・第五条関係)

※受付 年 月 日 認定番号

## 障害児福祉手当(福祉手当) 所得状況届

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

④ 年所得	⑤ 受給資格者		⑥ 配偶者		⑦ 扶養義務者		
⑧ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給資格者については、㉞70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉟特定扶養親族の数、㊱16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人	人	人	人	人	人	
	(㉞) 人	(㉟) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	( ) 人	
	(㉟) 人	(㊱) 人					
	(㊱) 人						
⑨ 所得額	円	※㉞円	円	※㉟円	円	※㊱円	
控除	⑩ 障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	⑪ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
	⑫ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労者学生の別	寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
	⑬	円	円	円	円	円	円
	⑭ 社会保険料等相当額	円	円	円	円	円	円
⑮ 控除後の所得額	円	円	円	円	円	円	

上記のとおり相違ありません。なお、所得状況届提出にあたり、課税台帳等により私及び受給資格者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。

年 月 日

殿

氏名

※  
審  
査

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。

◎字は楷書ではっきり書いてください。

◎※の欄は記入しないでください。

注意

- 1 ③の欄は、あなたの子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、あなたの生計を維持している人について記入してください。
- 2 ⑧の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族(以下「扶養親族等」という。)の合計数を記入してください。

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

- 1 受給者については、㊦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、㊧に特定扶養親族の数を、㊨に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
- 2 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 3 ⑨の欄は、前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額(給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額)、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除額を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。
- 4 ⑩の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。
- 5 ⑪の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。
- 6 ⑫の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 7 ⑬の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額を記入してください。
- 8 ⑭の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに当該控除額を記入してください。

この所得状況届には、次の書類を添えて出してください。

- 1 ⑨の欄の所得額について、市区町村長の証明書
- 2 ⑩から⑬までの欄に記入した事項について、市区町村長の証明書



※受付 年 月 日 認定番号

特別障害者手当所得状況届

① 受給資格者	(フリガナ)		個人番号		
	氏 名				
	住 所				
② 配 偶 者	氏 名	個人番号	住 所		
③ 扶養義務者	氏 名	個人番号	住 所		
	(受給資格者との続柄)				
④ 年 所 得	⑤ 受 給 資 格 者		⑥ 配 偶 者		⑦ 扶 養 義 務 者
⑧ 同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給資格者については、70歳以上の同一生計配偶者及び老人 扶養親族の合計数、特定扶養親族の数、16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))	人		人		人
	(7) 人		( ) 人		( ) 人
	(1) 人		( ) 人		( ) 人
(7) 人		( ) 人		( ) 人	
⑨ 受給資格者に係る所得額(欄外の記入要領参照)	円	※ア	円		
⑩ 配偶者・扶養義務者に係る所得額			円	※イ	円
控 除	⑪ 障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円
	⑫ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円
	⑬ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生	寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円
	⑭	円	円	円	円
	⑮ 社会保険料等相当額	円	円	円	円
⑯ 控除後の所得額	円		円		円

上記のとおり相違ありません。なお、所得状況届提出にあたり、課税台帳等により私及び受給資格者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。

年 月 日

殿 氏 名

※ 審 査

(注) ⑨欄の記入要領

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

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

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

注意

- 1 ③の欄は、あなたの子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族又は兄弟姉妹のうち、あなたの生計を維持している人について記入してください。
- 2 ⑧の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。  
なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により( )内に再掲してください。
  - (1) 受給者については、㉞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、㉟に特定扶養親族の数を、㊱に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
  - (2) 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 3 ⑨の欄は、所得がない場合は「なし」と記入してください。
- 4 ⑩の欄は、前年(1月から6月までの間に認定を請求する人の場合は、前々年をいいます。)の所得について、都道府県民税の総所得金額(給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額)、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計数を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。
- 5 ⑪の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者以外の障害者である人の数を記入してください。
- 6 ⑫の欄は、⑧の欄の同一生計配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。
- 7 ⑬の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 8 ⑭の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額を記入してください。
- 9 ⑮の欄は、受給資格者が地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに当該控除額を記入してください。
- 10 (注)の表中
  - ア Aの欄は、下表に掲げる公的年金等(課税対象年金・恩給を含む。)のすべての収入金額を記入してください。また、( )内に「公的年金等」から該当する記号(ネについては、これに加え、当該公的年金等の名称)を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、老齢年金等)を具体的に記入してください。「公的年金等」を2つ以上受けているときはそれぞれ記入してください。
  - イ Bの欄は、Aの欄の金額から所得税法第35条第4項の年齢65歳未満である者に係る公的年金等控除額に相当する額を控除した後の金額を記入してください。
  - ウ Eの欄は、「公的年金等」以外の雑所得の金額(所得税法第35条第2項第2号に掲げる金額)を記入してください。
  - エ Fの欄は、都道府県民税の対象となった、雑所得以外の総所得金額、退職所得金額、山林所得金額、土地の譲渡等に係る事業所得等の金額、超短期所有土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計を記入してください。この所得状況届には、次の書類を添えて出してください。
  - (1) 公的年金等を除く所得額について、市区町村長の証明書
  - (2) 公的年金等の収入金額について明らかにすることのできる証明書(年金証書等の写)
  - (3) ⑪から⑭までの欄に記入した事項について、市区町村長の証明書

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

窓空宛名

手 当 名 所得状況届督促通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
支給停止の理由	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		
支給停止の期間	から		
提出期限			

あなたの「手当名」については、上記の理由により、支給停止しましたので通知します。上記の提出期限までに所得状況届を提出してください。

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。

第 号

年 月 日

福祉事務所長 印

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

(表 面)

(都道府県名)		〇 〇 〇 〇 〇 手 当 受 給 者 台 帳					整理番号	
(実施機関名)							( 認定年月日      年    月    日 ) ( 支給開始年月      年    月    )	
				電話番号				
氏 名	(フリガナ)	生年月日				支 払 方 法 ( 支 払 地 )		
	(フリガナ)	住 所	(    .    .    変更 )					
障 害 名		障 害 の 程 度						
手 当 額	月 額	改 定 年 月	年 次	届 出 の 有 無	所 得 制 限 該 当 ・ 非 該 当 別	支 給 停 止 期 間		
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
	円	. .	年	有 . 無	該 . 非 (災)	年 月	から	年 月
受 給 資 格 喪 失 年 月 日		年 月 日	受 給 資 格 喪 失 事 由					
備 考				配 偶 者		個 人 番 号		
				扶 養 義 務 者 ( 続 柄 )	(    )	個 人 番 号		同 居 別 居

(裏面)

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

窓空宛名
------

手 当 名 被災非該当通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
被災状況非 該当の理由			

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

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。

第 号  
年 月 日

福祉事務所長 印

◎翌年 8 月以降について再び手当名を受けようとするときは、翌年 8 月 11 日から 9 月 10 日までに所定の書類により所得状況届を提出してください。

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

手 当 名 支払通知書

福祉事務所長

下記のとおり ご指定の預金口座に振込手続きをいたしましたので、通知します。

記

受 取 人 氏 名		
振 込 情 報	金 融 機 関 名	
	支 店 名	
	口 座 種 別	
	口 座 番 号	
	口座名義人カナ	
	振 込 年 月 日	
	振 込 額	
備 考		

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



# 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、下記の通りお支払ください。

No	認定番号	受給者名	受給者住所	支給対象期間	支払金額	振込先情報	備考
		小 計	口数		支払金額		
		合 計	口数		支払金額		

# 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、下記の通りお支払ください

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

転出先市町村

第 号

年 月 日

**手 当 名**受給者台帳の送付依頼について

〇〇市（町村）長

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

記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
旧 住 所			
新 住 所			
備 考			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

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

市町村長名 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号			
	氏名		生年月日	年	月	日
	居住地	〒 電話番号				
	フリガナ		個人番号			
支給申請に係る児童氏名			生年月日	年	月	日
			続柄			
	身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名
	被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		
	障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)					有・無

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

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等					
介護保険サービス		要介護認定	有・無	要介護度		要支援( )	要介護 1 2 3 4 5
		利用中のサービスの種類と内容等					

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

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、〇〇市(町・村)から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

固定文

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

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

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯（※）に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒  電話番号		

余白2（固定文）

障害児通所給付費  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

市町村長名 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号						
	氏名		生年月日						
	居住地	〒 電話番号							
	フリガナ		個人番号						
	支給申請に係る 児童氏名		生年月日						
			続柄						
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名		
	被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)					

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

サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
-----------	----------------	-----------------

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

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

固定文

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

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

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒  電話番号		

余白2(固定文)

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

市町村長名 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号			
	氏名		生年月日		年 月 日	
	居住地	〒	電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		個人番号			
	氏名		生年月日		年 月 日	
				続柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金1級の受給の有無 (就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)						

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

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

変更の理由

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

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、〇〇市(町・村)から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。 固定文



主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

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

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯（※）に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒  電話番号		

余白2（固定文）

## 障害児通所給付費支給変更申請書兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書

市町村長名 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏名			個人番号			
	居住地	〒		電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日		
			続柄				
			個人番号				
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			

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

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等					
変更の理由							
申請する支援	支援の種類			申請に係る具体的内容			
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援						
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援						
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス						
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援						
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援							

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

固定文

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒  電話番号		

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

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒  電話番号		

余白2(固定文)

## 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

市町村長名 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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	

余白2 (固定文)

余白3 (固定文)

## 計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

市町村長名 様

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分

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

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

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

--

変更年月日 年 月 日

余白2 (固定文)

余白3 (固定文)

## 申請内容変更届出書 (介護給付費等)

市町村長名 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

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

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給 (給付) 決定障害者等 (本人)	<input type="checkbox"/> 本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		本人と の関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

変更事項 (該当に○を して下さい。)	支給 (給付) 決定障害 者等に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童に 関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

固定文

余白2 (固定文)

## 申請内容変更届出書 (児童通所支援)

市町村長名 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

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

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		本人と の関係
氏 名		
住 所	〒 電話番号	

変更事項 (該当に○を して下さい。)	給付決定保護者に 関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

固定文

余白2 (固定文)

## 受給者証再交付申請書（介護給付費等）

市町村長名	様
-------	---

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

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

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

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）				
フリガナ		本人と の関係			
氏 名					
住 所	〒				
		電話番号			

申請の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>1 汚損</span> <span>2 紛失</span> <span>3 その他</span> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">           具体的な状況         </div>				
-------	--	--	--	--	--

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）

固定文

余白2（固定文）



受給者証再交付申請書（児童通所支援）

市町村長名 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	1 通所受給者証	受給者 証番号	
	2 肢体不自由児通所医療受給者証		

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

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者（本人） <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人と の 関 係	
氏 名			
住 所	〒		
		電話番号	

申請の理由	1 汚損	2 紛失	3 その他
	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">                 具体的な状況             </div>		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く） 固定文

余白2（固定文）

## 利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書

利用者氏名	受給者証番号	
フリガナ		
	生年月日	年 月 日
利用者負担上限額管理を依頼した事業者		
<p>上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業所所在地及び連絡先</p> <p>上限額管理事業者及びその事業所の名称 事業所番号_____</p>		
事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	年 月 日
<p>※事業所を変更する場合は必ず記入してください。</p> <p style="text-align: right;">変更前の事業所への連絡（<input type="checkbox"/>済 <input type="checkbox"/>未）</p>		
<p>（あて先） <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">市町村長名</span> 様</p> <p>上記の指定サービス事業所に利用負担の上限額管理を依頼することを届出します。 また、上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>利用者 氏名 <span style="float: right;">電話 ( )</span></p>		
市町村確認欄		
<p>1 この届出書は、上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて障害福祉課へ提出してください。</p> <p>2 上限額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入のうえ障害福祉課へ届出ください。</p> <p>3 <u>この届出書の届出がない場合は、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。</u> <span style="float: right;">固定文</span></p>		
余白1（固定文）		

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市町村長 印

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

申請日 に申請のありました ((介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費) の支給) (及び) (利用者負担額減額・免除等) について、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第22条 (及び) 第29条) (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第34条) (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の7及び第51条の14) の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
支給 (給付) 決定障害者 (保護者) 氏名		支給決定に係る児童氏名	
障害支援区分		支給 (給付) 決定年月日	
		障害支援区分の有効期間	
支給 (給付) 決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給 (給付) 量	有効期間
	特記事項		
利用者負担上限月額		円	左の上限月額の適用期間
特定障害者特別給付費 (施設入所支援)	月額	円	左の給付費の適用期間
特定障害者特別給付費 (共同生活援助・重度障害者等包括支援)	月額	円	左の給付費の適用期間

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

不服申立て及び取消訴訟

- 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。
- 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ものを除く。) 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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 号  
年 月 日  
市 町 村 長 印

障害児通所給付費支給決定通知書兼  
利用者負担額減額・免除等決定通知書

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

記

受給者証番号		通所給付決定保護者氏名	
給付決定年月日		給付決定に係る障害児氏名	
負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
多子軽減対象		無償化対象期間	
給付決定内容	通所支援の種類	支給量	有効期間
	特記事項		

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

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に 都道府県名1 知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、 都道府県名2 知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- 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は除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

（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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

市町村長 印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

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

記

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

不服申立て及び取消訴訟

- 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 市町村名1 に対し審査請求をすることができます。
- 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2 を被告として（訴訟において 市町村名3 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判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判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判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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長 印

## 障害支援区分認定通知書

申請日 付けの支給申請に基づき、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第21条の規定により、下記のとおり障害支援区分の認定を行ったので通知します。

## 記

氏 名		認定年月日	
-----	--	-------	--

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

余白1 (固定文)

## 不服申立て及び取消訴訟

- 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 知事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 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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 年 月 日 号

市 町 村 長 印

## 却下決定通知書（介護給付費等）

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

## 記

## 1 申請事項

## 2 却下の理由

## 不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に 都道府県名 知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に 市町村名1 を被告として（訴訟において 市町村名1 を代表する者は 市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときに除く。）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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長 印

## 却下決定通知書（児童通所支援）

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

### 記

#### 1 申請事項

#### 2 却下の理由

#### 不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、都道府県名 知事に申し立てれば、口頭により意見を述べる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。

（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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa



窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長 印

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

申請日 に申請のありました（(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第22条（及び）第29条）（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第34条）の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

## 記

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

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

提出先 提出先市町村名 提出先名称 提出先住所 提出先電話番号  
提出期限 提出期限日

## 不服申立て及び取消訴訟

- 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。
- 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は除く。)でなければ提起することができません。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長

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

申請日に申請のありました（障害児通所給付費の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の8の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

## 記

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

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

提出先 提出先市町村名 提出先名称 提出先住所 提出先電話番号

提出期限 提出期限

## 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に 都道府県名1 知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、都道府県名2 知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- 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に除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

（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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日  
市 町 村 長 印

### モニタリング期間変更通知書

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

#### 記

障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
通所受給者証番号			
変更に係る障害者 (保護者)		変更に係る 児童氏名	
変更後の モニタリング期間			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証の提出期限 及び提出先	提出先： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">提出先市町村名</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">提出先名称</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">提出先住所</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-left: 20px;">提出先電話番号</span> 提出期限： <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">提出期限日</span>		

#### 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は除く。)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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日  
市 町 村 長 印

### 障害支援区分変更認定通知書

申請日 付けの（支給申請 支給決定の変更申請）に基づき（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第21条 第24条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

受給者証番		支給決定障害者氏名	
認定年月日			

障害支援区分	変更前	
	変更後	
	理由	
障害支援区分の認定の有効期間		
<p>(留意事項)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1 変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（の変更）を行います。</li> <li>2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。</li> <li>3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。</li> </ol>		

余白1（固定文）

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を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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

(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							
<p>上記の者は、次のとおり市町村名において障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害支援区分の認定を受けている者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市町村長名</p>											
				申請年月日	年	月	日				
障害支援区分				認定年月日	年	月	日				
認定の有効期間	年 月 日 から			年 月 日 まで有効							
市町村審査会の意見等											
備考											

※裏面に注意事項を記入

(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
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	

(二)

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

(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

(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	

(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+編集	

(六)

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	
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+編集	

受給者証番号

(七)

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
	契約日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日
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
	契約日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日
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
	契約日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(八)

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
	契約日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日
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
	契約日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日
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
	契約日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日
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)

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

(十一)

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

(十二)

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

(十三)

注意事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)。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。

(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、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 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。

(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
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	

(二)

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

(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

(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	

(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+編集	

(六)

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	
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+編集	

受給者証番号

(一)		(二)		(三)		
地域相談支援受給者証		地域相談支援給付費の給付決定内容		一般相談支援事業者記載欄		
受給者証番号		地域相談支援の種類		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
地域相談支援給付決定障害者	居住地	地域相談支援給付量等				契約日 年 月 日
	フリガナ	地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで			サービス提供終了日 年 月 日
	氏名	地域相談支援の種類				契約日 年 月 日
	生年月日	地域相談支援給付量等				サービス提供終了日 年 月 日
障害種別		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		
交付年月日						
支給市町村名及び印		予備欄				
		固定文＋編集				

<p style="text-align: center;">(四)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">計画相談支援給付費の支給内容</td> </tr> <tr> <td style="width: 25%;">支給期間</td> <td style="text-align: center;">年 月から 年 月まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">指定特定相談支援事業所名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">モニタリング期間</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予備欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="background-color: #d9ead3;">固定文＋編集</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;"></td> </tr> </table>	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		固定文＋編集				<p style="text-align: center;">(五)</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;">注意事項欄</td> </tr> <tr> <td> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> </td> </tr> </table>	注意事項欄	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>
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																	
固定文＋編集																	
注意事項欄																	
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>																	

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

注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってってください。</p> <p>2 療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。</p> <p>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。）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

(一)			(二)		(三)		
通所受給者証			障害児通所給付費の給付決定内容		障害児通所給付費の給付決定内容		
受給者証番号			支援の種類		支援の種類		
通所給付決定保護者	居住地		支給量等		支給量等		
	フリガナ		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	氏名		支援の種類		支援の種類		
	生年月日	年 月 日	支給量等		支給量等		
児童	フリガナ		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	氏名		特記事項欄		特記事項欄		
生年月日	年 月 日	予備欄	固定文＋編集		予備欄	固定文＋編集	
交付年月日	年 月 日						
支給市町村名 及び 印							



(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+編集	

(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	

(七)

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
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>3 医療型児童発達支援を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>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斟酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています)。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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

(九)

注意事項欄
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

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

注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持って行ってください。</p> <p>2 医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5 医療型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、医療型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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長 印

## 支給（給付）決定取消通知書

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

記

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

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

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

## 不服申立て及び取消訴訟

- 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。
- 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は除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 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 xxxxxxxxxxxx@yy.zzz.aaa

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

市 町 村 長 印

## 支給決定取消通知書

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			

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

### 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 60 日以内に 都道府県名 1 知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、都道府県名 2 知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に 市町村名 1 を被告として（訴訟において 市町村名 2 を代表する者は 市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(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。

（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 xxxxxxxxxxxx@yy.yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 号  
年 月 日市 町 村 長 印

## 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

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。

## 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： <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">提出先市町村名</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">提出先名称</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">提出先住所</span>	<span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">提出先電話番号</span>
	提出期限： <span style="border: 1px solid black; padding: 0 5px;">提出期限日</span>		

## 不服申立て及び取消訴訟

- 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1 に対し審査請求をすることができます。
- 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2 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年を経過するところ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年を経過するところ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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 年 月 日 号

## 障害福祉サービス申請手続きのお知らせ（18歳到達）

〇〇市（町村）長

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			
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			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 年 月 日 号

## 介護保険要介護認定申請のお知らせ

〇〇市（町村）長

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			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



窓空宛名

第 年 月 日  
号

## 障害支援区分更新のお知らせ

〇〇市（町村）長

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			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 年 月 日  
号

## 支給期間更新のお知らせ

〇〇市（町村）長

このことにつきまして、障害福祉サービス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			
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			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 年 月 日  
号

## 利用者負担適用期間更新のお知らせ

〇〇市（町村）長

このことにつきまして、障害福祉サービス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			
現在の支給内容			
適用期間終了日			
提出書類			
申請期限			
申請先			
備考			

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長

## サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

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

### 記

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

余白1（固定文）

提出先

担当部署

住所

電話番号

提出期限

年 月 日

# 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

市町村名長

市町村長名

次のとおり障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第六項に規定される高額障害福祉サービス等給付費の給付要件確認のため、関係書類を添えて届出します。

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	<input type="checkbox"/> 利用したことがある <input type="checkbox"/> 利用していない ※ 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	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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: 長期入院のため)	
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 受給していた <input type="checkbox"/> 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には生活保護受給証明書を添付してください。	

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。	
-----	---	--

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	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 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の写しを添付してください。	
市町村民税の状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 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には生活保護受給証明書を添付してください。	
フリガナ		
配偶者氏名	生年月日	年 月 日

〈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。

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 届出者本人 <input type="checkbox"/> 届出者本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		
氏 名	届出者との関係	
住 所	〒	
電話番号		

## 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。

### 記

(受任者)

市町村長名

年 月 日

(委任者)

住所

氏名

## 委任状

私は、下記の者に対して、私に支給される障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第六項に規定される高額障害福祉サービス等給付費について、私に代わって受領し、かつ、受領した額を $\square$ 市町村名 $\square$ に納入することを委任します。

### 記

(受任者)

$\square$ 市町村長名 $\square$

年 月 日

(委任者)

住所

氏名

窓空宛名

第 年 月 日  
市 町 村 長

## 令第四十三条の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ

下記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給対象となる可能性がありますのでお知らせします。

### 記

受給者氏名		生年月日	
対象年月			
自己負担額	円	支給（予定）額	円

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。

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



窓空宛名

第 年 月 日  
市 町 村 長

## 令第四十三条の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費給付のお知らせ

下記のとおり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給対象となる予定ですのでお知らせします。

### 記

受給者氏名		生年月日	
対象年月			
自己負担額	円	支給（予定）額	円

支給を希望する場合は、同封の「令第四十三条の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書」を下記宛に提出してください。

(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@yy.yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yy.yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 年 月 日

市 町 村 長

## 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。

### 記

受給者氏名		生年月日	
対象年月			
自己負担額	円	支給(予定)額	円

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。

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

## 令第四十三条の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

市町村長名 様

次のとおり関係書類を添えて障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

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

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

(注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 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 9 その他										
	フリガナ												
	口座名義人												

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		
氏名	申請者	との関係
住所	〒 電話番号	

## 令第四十三條の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

市町村長名 様

次のとおり関係書類を添えて障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三條の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法 ②介護保険法				
申請者氏名	個人番号：					制度	受給者証番号・被保険者証番号								
生年月日	年 月 日														
居住地	〒										電話番号				
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額（注）				申請に係るサービス利用月	年 月分		65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					

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

(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 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 9 その他						
	フリガナ										
	口座名義人										

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		

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。

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)	個人番号：										制 度	受給者証番号・被保険者証番号			
生年月日											年 月 日				
居 住 地	〒										電話番号				
フリガナ											続 柄				
給付決定に係る 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			
	個人番号：														
	個人番号：														
個人番号：															

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害児（通所・入所）給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行 信用金庫 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						
							9 その他						
フリガナ													
口座名義人													

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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

窓空宛名

第 年 月 日 号

市 町 村 名 印

## 令第四十三条の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第一項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

## 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														

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
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											

## 不服申立て及び取消訴訟

- 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知事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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 年 月 日

市 町 村 名 印

## 令第四十三条の五第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令第四十三条の五第六項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名		受給者証番号												
-------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付年月日	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)	円	申請に係る 障害福祉相当介 護保険サービス の利用月	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給の理由			

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

振込先	金融機関											
	口座種目											
	口座番号											
	口座名義人											

## 不服申立て及び取消訴訟

- 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。
- 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は除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 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 xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 年 月 日 号

市 町 村 名 印

## 高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日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。

## 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															

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係るサービス利用月	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
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											

## 不服申立て及び取消訴訟

## 【高額障害児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に<sup>1</sup>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、〇〇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。
- 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<sup>2</sup>市町村名1を被告として（訴訟において<sup>2</sup>市町村名2を代表する者は<sup>3</sup>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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

## 【高額障害児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、<sup>1</sup>都道府県名2知事（市長）に対して異議申立てをすること、及びこの処分があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、<sup>3</sup>都道府県名3知事（市長）を被告として、この処分の取消の訴えを提起することができます。

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

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa



# 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、下記の通りお支払下さい

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	

窓空宛名
------

第 号  
 年 月 日  
 市 町 村 長

## 支払通知書

下記のとおり ご指定の預金口座に振込手続きをいたしましたので、通知します。

### 記

受 取 人 氏 名	
振 込 情 報	金 融 機 関 名
	支 店 名
	口 座 種 別
	口 座 番 号
	口座名義人カナ
	振 込 年 月 日
	振 込 額
備 考	

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

# 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、下記の通りお支払下さい

No	受給者証 番号	受給者名	受給者住所	サービス利用月	支払金額	振込先情報	備考
		小 計	口数		支払金額		
		合 計	口数		支払金額		

## 自立支援医療受給者証（更生医療）

公費負担者番号										
自立支援医療費受給者番号										
受 診 者	フリガナ								生年月日	
	氏 名									
	住 所									
	被保険者証の 記号及び番号						保険者番号			
							保険者名			
重度かつ継続										
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				
自己負担上限額										
有 効 期 間		年 月 日 から				年 月 日 まで				
上記のとおり認定する。										
年 月 日										
〇〇市町村長 印										

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	
特定疾病療養受療証	

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

第 年 月 日 号

## 判 定 依 頼 書

身体障害者更生相談所長 様

市 町 村 長

下記の者に対する更生医療の判定を依頼します。

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+編集			
備 考	固定文+編集			

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

## 調 査 書

申請日	年 月 日	身体障害者 手帳番号				
申請者 氏名及び 生年月日						
居住地						
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	備 考
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
負担上限額					重度かつ継続	
その他参考と すべき意見等						
<p>上記のとおり確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">調査者</p>						

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

（申請者） 様

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。

受給者番号		認定日	
有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	
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			
(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。			

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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



窓空宛名
------

第 年 月 日 号

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。

申請日	
氏名	
理由	

教 示

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

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

別紙様式第 6 号

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）					
※1					
障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名				年 月 日
	フリガナ		電話番号		
	受診者住所				
	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				
	フリガナ		電話番号	※2	
	保護者住所				
	保護者個人番号				
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	該当する所得区分		重度かつ継続	※4	
	※3				
	身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
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			所在地・電話番号	
	受給者番号	※5			
	治療方針の変更	※6	診断書の添付	※6、※7	
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 _____ 印 ※8 _____ 年 月 日 ○○○○市町村長 殿					

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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）
- ※7 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）
- ※8 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。

-----  
 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 其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			
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					

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
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			
月 日			
月 日			

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

（申請者） 様

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。

受給者番号		変更決定日	
有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	
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			
変更の理由			
<p>（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。</p>			

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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

医療機関宛

第 年 月 日 号

## 自立支援医療（更生医療）支給認定決定のお知らせ

福祉事務所長

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。

### 記

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

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療・精神通院）			
受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		年 月 日
	フリガナ		
	住 所		
	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		
	フリガナ		
	住 所		
	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		年 月 日 から	年 月 日 まで
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者）		
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号		
備 考			
<p>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。</p>			
届出者氏名		印	
令和 年 月 日		〇〇〇〇都道府県知事 〇〇〇〇市町村長 殿	

※ 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。

窓空宛名

第 年 月 日 号

## 自立支援医療（更生医療）受給者証の更新について（お知らせ）

市 町 村 長

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			
受給者証有効期間				
(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）診断書				
3. 保険証の写し				
4. 所得の状況を確認できる書類				
5. 個人番号確認書類				
6. 自立支援医療受給者証（更生医療）				

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



自立支援医療受給者証（育成医療）						
公費負担者番号						
自立支援医療費受給者番号						
受 診 者	フリガナ					生年月日
	氏名					
	住所					
	被保険者証の 記号及び番号			保険者番号		
				保険者名		
重度かつ継続						
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		
自己負担上限額						
有効期間		年 月 日 から		年 月 日 まで		
上記のとおり認定する。						
年 月 日						
〇〇市町村長 印						

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	補装具の有無 理学療法の有無
特定疾病療養受療証	

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

窓空宛名

第 年 月 日 号

### 自立支援医療（育成医療）支給認定決定通知書

（申請者） 様

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。

受給者番号		認定日	
有効期間	年 月 日 ~	年 月 日	
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			
<p>（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。</p>			

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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 年 月 日 号

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。

申請日	
氏名	
理由	

教 示

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

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

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

別紙様式第 6 号

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）					
※1					
障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名				年 月 日
	フリガナ		電話番号		
	受診者住所				
	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				
	フリガナ		電話番号	※2	
	保護者住所				
	保護者個人番号				
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	該当する所得区分			重度かつ継続	※4
	※3				
	身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
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			所 在 地 ・ 電 話 番 号	
	受給者番号	※5			
	治療方針の変更	※6	診断書の添付	※6、※7	
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※8</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〇〇〇〇市町村長 殿</p>					

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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）
- ※7 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）
- ※8 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。

-----

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	
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			



第 年 月 日 号

## 審 査 依 頼 書

様

市 町 村 長

下記の者に対する審査を依頼します。

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				
備 考				

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



## 調 査 書

申請日	年 月 日	身体障害者 手帳番号				
申請者 氏名及び 生年月日						
居住地						
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	備 考
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
負担上限額				重度かつ継続		
その他参考と すべき意見等						
<p>上記のとおり確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">調査者</p>						

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

(申請者) 様

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。

受給者番号		変更決定日	
有効期間	年 月 日 ~		年 月 日
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			
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。			

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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

医療機関宛

第 年 月 日 号

## 自立支援医療（育成医療）支給認定決定のお知らせ

福祉事務所長

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	
被保険者の 記号及び番号		保険者番号	
		保険者名	
重度かつ継続		入・通院区分	
公費負担の対象障害			
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額			
有効期間			
自己負担上限額		特定疾病療養受療証	
再認定及び変更 の場合の理由			
(注意事項)			

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



自立支援医療受給者証（精神通院）					
公費負担者番号					
自立支援医療費受給者番号					
受診者	フリガナ				生年月日
	氏名				
	住所				
	被保険者証の 記号及び番号			保険者番号	
				保険者名	
重度かつ継続					
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	
自己負担上限額					
有効期間		年 月 日 から		年 月 日 まで	
上記のとおり認定する。					
年 月 日				〇〇市町村長 印	

支給要件の確認方法	
-----------	--

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
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			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

窓空宛名
------

第 年 月 日 号

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。

申請日	
氏名	
理由	

教 示

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

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

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 年 月 日  
号

## 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

市 町 村 長

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。

### 記

受診者	氏 名		生年月日	
	住 所			
受給者証有効期間				
<p>（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。</p>				

（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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)



窓空宛名

第 年 月 日 号

## 自立支援医療（精神通院医療）受給者証の更新について（お知らせ）

市 町 村 長

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			
受給者証有効期間				
(必要な書類)				
1. 自立支援医療（精神通院）支給認定申請書				
2. 自立支援医療（精神通院）診断書（※1）				
3. 保険証の写し				
4. 所得の状況を確認できる書類				
5. 個人番号確認書類				
6. 自立支援医療受給者証（精神通院）				
 (※1) 受給者証有効期間内での更新申請であれば、2年に1度の提出となります。現在1年目の場合は、この度の更新申請において、診断書の提出は不要となります。				

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

## 調 査 書

申請日	年 月 日	精神障害者 保健福祉 手帳番号					
申請者 氏名及び 生年月日							
居住地							
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	備 考	
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	
負担上限額					重度かつ継続		
その他参考と すべき意見等							
<p>上記のとおり確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">調査者</p>							

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）					
※1					
障害者・児	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名				年 月 日
	フリガナ		電話番号		
	受診者住所				
	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				
	フリガナ		電話番号	※2	
	保護者住所				
	保護者個人番号				
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名		
	受診者と同一保険の加入者				
	受診者と同一保険の加入者個人番号				
	該当する所得区分			重度かつ継続	※4
	※3				
	身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		
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			所在地・電話番号	
	受給者番号	※5			
	治療方針の変更	※6	診断書の添付	※6、※7	
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印 ※8</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">〇〇〇〇市町村長 殿</p>					

- ※1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 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）
- ※7 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）
- ※8 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。

-----

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 其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			
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					

## 調 査 書

申請年月日		年 月 日	申請者氏名			
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
					課税区分	
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		
合 計	円	円	円	円		
上記のとおり確認しました。						
年 月 日 調査者						

## 判 定 依 頼 書

身体障害者更生相談所長 様

市 町 村 長

下記の者に対する補装具の判定を依頼します。

申 請 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+編集			
	固定文+編集			
備 考	固定文+編集			

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長

## 判 定 通 知 書

対象者氏名 様

先に申請のあった補装具名については、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。

### 記

1. 身体障害者手帳番号

2. 判定依頼事項

判定日  
判定時間  
会場

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

市 町 村 長 印

### 補装具費支給決定通知書

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対 象 者	住 所	〒			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	電 話		
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 業 者	名 称				
	所 在 地	〒			
	電 話				
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)	
月額負担上限額		月額 (借受けの場合)	(初月)	円	
			(中間月)	円	
			(最終月)	円	
		円			円

#### 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60日以内に市町村名 長に対して異議申立てをすることができます。

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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 決 定 日	年 月 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	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 業 者	名 称		
	所 在 地		
	電 話		
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 <input type="checkbox"/>
判 定 検 査	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

補装具費の受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任者	住所
	氏名
受任者	住所
	氏名

(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 xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa



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 業 者	名 称			
	所 在 地			
	電 話			
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	

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

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 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
基 準 額		見 積 額		利 用 者 負 担 額	
円		円		円	
月 額 負 担 上 限 額		円		円	
円		円		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	業 者 名		
			申 請 者 氏 名		本 人 と の 関 係

(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 xxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長 印

## 却下決定通知書

申請日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

#### 2 却下の理由

### 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60日以内に市町村長に対して異議申立てをすることができます。

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、市町村長を被告として（訴訟において市町村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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

## 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)

【決定日】 付け第 【支給券番号】 号で支給決定を受けた 【補装具名】 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。

補 装 具 価 格 ( 基 準 額 ) ※差額自己負担等、補装具費の対象とならないものは除く。	円
利 用 者 負 担 額	円
補 装 具 費 請 求 額	円

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

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

住 所 \_\_\_\_\_

受任者 名 称 \_\_\_\_\_  
 (事業者)  
 代表者氏名 \_\_\_\_\_

窓空宛名

第 号  
年 月 日

市 町 村 長

## 補装具費支給決定のお知らせ

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	住 所	〒		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電 話	
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)
月額負担上限額		月額 (借受けの場合)	(初月)	円
			(中間月)	円
円			(最終月)	円
				円

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

## 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

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。

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

対象者	住 所				
	フリガナ 氏 名	（個人番号）			
	生年月日	年	月	日	電 話
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				障害等級
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 業 者	名 称				
	所在地				
	電 話			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		<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			

(表 面)

特別児童扶養手当受給資格者名簿

市 町 村 名  
( )

整理 番号			個人 番号			年 月 日認定				
氏 名				住 所	( . . 変更)		支 払 金 融 機 関	名 称		口座番号等
										( . . 変更)
生年月日		. .		( . . 変更)				( . . 変更)		
証書の記号・番号		第 号		証 書 の 交 付 ・ 返 付	. .		. .		. .	
手 当 月 額	. .		円( )		. .		. .		. .	
	. .		円( )		. .		. .		. .	
	. .		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										

(裏 面)

整理 番号		氏 名		証 書 の 記号・番号	第 号	
特別児童扶養手当支払記録						
所得状況届	区 分		年	年	年	年
	届 出 の 有 無		有・無	有・無	有・無	有・無
	所得制限の該当・非該当の別		該・非 (災)	該・非 (災)	該・非 (災)	該・非 (災)
	所得額・扶養人数・控除 (障・特障・老・勤)		円 人	円 人	円 人	円 人
支 給 停 止		年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	年 月から 年 月まで	
区 分	氏 名	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	
	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	



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				
	( . . 変更)			( . . 変更)		( . . 変更)				
生年月日			( . . 変更)				( . . 変更)			
証書 (交 付 ・ 返 付)	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										

(裏 面)

整理番号	氏名		証書の記号・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		
	配・扶					円		
	配・扶					円		
年	受給資格者		本人			円		
	配・扶					円		
	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	・	・	・	・	・	・	・

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  
提出書  
再提出

件 名	件 数
	外 件
	外 件
	外 件
	外 件
	外 件

備考



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	証書の記号・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

窓空宛名

第 年 月 日 号

## 特別児童扶養手当証書の交付について

(申請者) 様

市 町 村 長

先に申請のありました特別児童扶養手当について、**都道府県名**より「特別児童扶養手当証書」の交付がありましたので、下記のとおりこの証書をお渡しします。

つきましては、申請された窓口までお越しください。

### 記

受給者氏名		証書番号	
お持ちいただくもの	この通知書		
留意事項	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 支払については、厚生労働省が行います。</li><li>2. 前もって届出のありました金融機関の通帳に振込みします。 (振込通知は、出しておりません)</li><li>3. 振込みは、4月、8月、12月の○日予定となっております。 (予定日以降に通帳で確認してください)</li><li>4. お渡しする証書の裏面に説明および注意書きがありますので、受け取られたら必ずお読みください。</li></ol>		
備考			

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 年 月 日 号

## 特別児童扶養手当の診断書の提出について

(申請者) 様

市 町 村 長

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条第1項の規定により、再認定月の翌月分から手当を受けることができなくなります。

記

受給者氏名		証書番号	
対象児童氏名			
提出書類	1. 再認定申請書 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			
備考			

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 年 月 日 号

## 特別児童扶養手当の所得状況届の提出について

(申請者) 様

市 町 村 長

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。

### 記

受給者氏名	証書番号
提出書類	1. 特別児童扶養手当所得状況届 2. 特別児童扶養手当証書 3. 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） 4. 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） 5. 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	毎年、8月12日から9月11日まで（ただし、土・日・祝日は除く）
備考	

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa



(表 面)

※※整理番号 第 号		※市区町村 受付年月日			※市区町村提出				
<b>特別児童扶養手当所得状況届 ( 年分)</b>									
① 証書記号・番号 第 号		②氏名			③住所				
④個人番号		⑤受給者		⑥配偶者		⑦扶養義務者			
氏 名									
⑧個人番号									
⑨同一生計配偶者及び扶養親族の合計数(うち老人扶養親族の数(受給者については、①70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、②特定扶養親族の数、③16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数))		① 人	人	人	人	人	人	人	人
		② 人	人	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)	( 人)
		③ 人	人						
⑩⑨以外で前年の12月31日において受給者によって生計を維持していた児童									
⑪所得額		円	※円	円	※円	円	※円	円	※円
控 除	⑫障害者(特別障害者を除く。)である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円
	⑬特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円	人	円
	⑭障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
	⑮	円	円	円	円	円	円	円	円
	⑯	円	円	円	円	円	円	円	円
⑰社会保険料等相当額				円	円	円	円	円	円
⑱控除後の所得額				円	円	円	円	円	円
⑲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	在学学校名	学年	
					・	同居別居			
					・	同居別居			
					・	同居別居			
					・	同居別居			
上記のとおり、所得状況を届け出ます。 なお、所得状況届提出にあたり、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。 年 月 日 知事 殿 市長									
※ 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。

(裏面)

注意

- 1 この届は、毎年8月12日から9月11日までの間に出してください。この期間中に出さないと手当の支払が差し止められることがあります。  
なお、本年7月以降に認定請求書を出している方は、出す必要がありません。
- 2 ⑦の欄は、あなたと生計を同じくしている(又はあなたが養育者である場合はあなたの生計を維持している)あなたの父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるときに記入してください。
- 3 ⑨の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族(以下「扶養親族等」といいます。)の合計数を記入してください。  
なお、70歳以上の同法に定める同一生計配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養親族があるときは、その人数を次により( )内に再掲してください。
  - (1) 受給者については、①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、②に特定扶養親族の数を、③に16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数を記入してください。
  - (2) 配偶者及び扶養義務者については、老人扶養親族の数を記入してください。
- 4 ⑩の欄の「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の者(18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者をいいます。)又は障害の状態にある20歳未満の者をいいます。
- 5 ⑪の欄は、前年の所得について、都道府県民税の総所得金額(給与所得又は公的年金等に係る所得がある場合には、給与所得及び公的年金等に係る所得の合計額から10万円を控除した額)、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(譲渡所得に係る特別控除を受けた場合は、その額を控除した額)及び商品先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
- 6 ⑫及び⑬の欄は、扶養親族等について該当する人の数を記入してください。
- 7 ⑭の欄は、⑤、⑥又は⑦の欄に掲げる者が、地方税法上に定める特別障害者以外の障害者若しくは特別障害者、寡婦、ひとり親又は勤労学生であるときは、該当するものを○で囲んでください。
- 8 ⑮の欄は、前年の所得について、地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれその項目及び当該控除額等を記入してください。
- 9 本年1月2日以後現住所に転入された方は、⑨から⑮の欄に記入した事項について、前の住所地の市区町村長の証明書を添えて出してください。
- 10 この届について分からないことがありましたら、市役所、区役所又は町村役場の人によく聞いてください。

窓空宛名
------



通 番	
証書番号	

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	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入所予定		<input type="checkbox"/> 入所していた	
		年 月 日から	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 入所していない	
	施設名(※1)				
	公的年金の 受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中			
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	<input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入所予定		<input type="checkbox"/> 入所していた	
		年 月 日から	年 月 日まで	<input type="checkbox"/> 入所していない	
	施設名(※1)				
	公的年金の 受給状況	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 申請中			
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。

上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。

年 月 日

市区町村長  あて

受給者氏名 \_\_\_\_\_

届出人氏名 \_\_\_\_\_

(受給者との続柄                      連絡先                      -                      -                      )

※記名押印に代えて自署することができます

窓空宛名
------

第 号			
<b>特別児童扶養手当認定通知書</b>			
受給者氏名		受給者住所	
支給対象児童の氏名	1級	1級	1級
	2級	2級	2級
	1級	1級	1級
	2級	2級	2級
支給対象障害児数	(1級) 人	支給手当額 月 額	円
	(2級) 人		
支給開始年 月	年 月分から	証書記番号 番 号	第 号
備 考			
<p>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、上記のとおり認定しましたので通知します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">市長 (印)</p> <p style="text-align: center;">殿</p>			

◎ 裏面の注意をよく読んで下さい。

(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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@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特別児童扶養手当証書に記載されている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証書とともに、印鑑証明書、身分証明書、預貯金通帳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 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、この処分の日から翌日から起算して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、この処分の日から翌日から起算して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。

窓空宛名
------

第	号	<u>特別児童扶養手当支給停止通知書</u>	
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	証 書 記号・番号	第 号
備 考			
<p>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、上記のとおり支給停止となりましたので通知します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市長 (印)</p> <p style="text-align: center;">殿</p>			

◎ 裏面の注意をよく読んで下さい。

(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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@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下さい。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。
  
- 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下さい。
  
- 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。

窓空宛名
------

第	号	<b>特別児童扶養手当認定請求却下通知書</b>
氏 名		
住 所		
却下した理由		
<p><span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">申 請 日</span>付で特別児童扶養手当の認定の請求がありましたが、上記のとおり却下しましたので通知します。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市 長 (印)</p> <p style="text-align: center;">殿</p>		

(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 [xxxxxxxxx@yy.yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yy.yyy.zzz.aaa)



窓空宛名
------

第 号					
<b>特別児童扶養手当額改定通知書</b>					
受給者	氏名		証書 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	(1級) 人
		(2級) 人		障害児数	(2級) 人
	手当月額	円	手当月額	円	
改訂年月		年 月分から			
備考					
<p>上記のとおり、特別児童扶養手当の額を改定しましたので通知します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">市長 (印)</p> <p style="text-align: center;">殿</p>					

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)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。

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号 <b>特別児童扶養手当額改定請求却下通知書</b>			
請求者氏名		証 書 記号・番号	第 号
請求者住所			
却 下 し た 理 由			
<p> <input type="checkbox"/> 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、上記のとおり却下しましたので通知します。                 </p> <p>                     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。                 </p> <p>                     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。                 </p> <p>                     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。                 </p> <p>                     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。                 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">                     年 月 日                 </p> <p style="text-align: right; margin-top: 20px;">                     市 長 (印)                 </p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">                     殿                 </p>			

(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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 号 <b>特別児童扶養手当資格喪失通知書</b>			
氏 名		証 書 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		
<p>上記のとおり、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。                  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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">市 長 (印)</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">殿</p>			

(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 [xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

市町村長 殿		第 号 年 月 日
		市町村長 印
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。		
手当証書の 記号・番号	旧住所地	第 号
	新住所地	第 号
受 給 資 格 者 氏 名		
住 所	変更前	
	変更後	
旧住所地への移管通知年月日		年 月 日
新住所地への移管通知年月日		年 月 日
備 考		

(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](mailto:xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa)

窓空宛名
------

第 年 月 日 号

### 特別児童扶養手当有期認定通知書

市長 印

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

記

受給者	氏名	
	住所	
支給対象児童	氏名	
証書 記号・番号	第 号	
有期認定 期間	年 月 から 年 月 まで	
提出書類	1. 再認定申請書 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		

(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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

年度  
特別児童扶養手当証書

厚生労働省

記号 第 号  
特別児童扶養手当

受給者氏名		生年月日	
-------	--	------	--

手当月額	障害児数	支給開始年月	
円	1級 人	改 定 年 月	改 定 理 由
	2級 人		
円	1級 人		
	2級 人		
円	1級 人		
	2級 人		
円	1級 人		
	2級 人		
円	1級 人		
	2級 人		

上記のとおり、特別児童扶養手当等の支給に関する法律によって支給します。

年 月 日

市長

印

支払金融機関

名 称	口 座 番 号
口座振込	
( 変更)	
( 変更)	

住 所

( 変更)
( 変更)
( 変更)

記 事

備 考