

進達先

(別添1)

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 印

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	申請者氏名	住所	生年月日	申請・届出の種類	希望手帳様式	備考
1	R10.10.10	日本 太郎	日本市1-1-1 アパート日本101号室	H10.10.10	新規交付	カード	
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。
 ○システムから出力 (印字) する項目は、標準仕様として定めます。
 緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。

○なお、現時点では、並び順は標準仕様に定めておりません。
 また、改ページは、N+1人目 (この例では16人目) となります。

(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

進達先

(別添2)

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 印

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	知的障害者 (児) 氏名	保護者氏名 (児童のみ)	住所	生年月日	申請・届出 の種類	希望手帳 様式	備考
1	R10. 10. 10	日本 一郎	日本 太郎	日本市1-1-1 アパ ート日本101号室	H10. 10. 10	新規交付	カード	
2								
3								
4	<p>○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。 ○システムから出力 (印字) する項目は、標準仕様として定めます。 緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。</p> <p>○なお、現時点では、並び順は標準仕様に定めておりません。 また、改ページは、N+1人目 (この例では16人目) となります。 ○障害者と障害児で進達先が変わる場合は、それぞれで出力される標準仕様としています。</p>							
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								

(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

進達先

(別添3)

第 号

年 月 日

障害者手帳の進達伺一覧

〇〇市(町村)長 印

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	
1	新規申請	5	
2	更新申請	13	
3	再交付申請	<p>○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。</p> <p>○システムから出力(印字)する項目は、標準仕様として定めます。</p> <p>緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。</p>	
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

障害者手帳の交付申請者一覧（進達）

(別添4)

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 (児童のみ)	住所	生年月日	申請・届出 の種類	添付書類	希望手 帳様式	手帳番号	自立支援医療		備考
										申請区分	受給者番号	
1	H10.10.10	日本 一郎	日本 太郎	日本市1-1-1 アパ ート日本101号室	H10.10.10	新規交付	診断書、写真	カード		再認定	0000018	
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												

○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。
 ○システムから出力（印字）する項目は、標準仕様として定めます。
 緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。

○なお、現時点では、並び順は標準仕様に定めておりません。
 また、改ページは、N+1人目（この例では21人目）となります。

自立支援医療（精神通院医療）進達一覧

(別添5)

年 月 日

1/1 ページ

市町村名

No	申請区分	申請日	受給者番号	本人氏名	本人住所	生年月日	添付書類	保険の種類	所得区分
1	再認定	R10.10.10	0000018	日本 太郎	日本市1-1-1 アパート 日本101号室	H10.10.10	医療用2年目	国保	低所得1
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									

○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。
 ○システムから出力（印字）する項目は、標準仕様として定めます。
 緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。

○なお、現時点では、並び順は標準仕様に定めておりません。
 また、改ページは、N+1人目（この例では21人目）となります。

(別添6)

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 印

下記の者に対する判定を依頼します。

身体障害者	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				
判 定 依 頼 事 項				
備 考	<p>○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。</p> <p>○システムから出力（印字）する項目は、標準仕様として定めます。 緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。</p> <p>※備考への印字有無・印字項目は市区町村により異なります。印字選択できる項目は検討中です。</p>			

(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

(別添7)

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
				有 (均等割・所得割) 無		
				有 (均等割・所得割) 無		
				有 (均等割・所得割) 無		
				有 (均等割・所得割) 無		
				有 (均等割・所得割) 無		
				有 (均等割・所得割) 無		
所得区分				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>○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。</p> <p>○システムから出力 (印字) する項目は、標準仕様として定めます。 緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。</p>					
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者						

(別添8)

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 印

下記の者に対する判定を依頼します。

身体障害者	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	<p>○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。</p> <p>○システムから出力（印字）する項目は、標準仕様として定めます。 緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。</p> <p>※判定依頼事項への印字有無・印字項目は市区町村により異なります。印字選択できる項目は検討中です。</p> <p>※判定予定日、判定会場への印字有無は市区町村により異なります。</p>			
申 請 の 種 類				
判 定 依 頼 事 項				
判 定 予 定 日		判 定 会 場		
備 考				

(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

調 査 書

(別添 9)

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 課税区分	市 民 税 所 得 割 備 考
	<p>○参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。</p> <p>○システムから出力（印字）する項目は、標準仕様として定めます。 緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。</p>				
	非課税世帯	氏 名	所 得	障害年金	手 当
		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					

様式第4号

(別添 10)

第 号
年 月 日

都道府県知事 殿

市長 村長 印

提出書
特別児童扶養手当関係書類
再提出

件名	件数
	外 件
	外 件
	外 件
	外 件
	外 件

備考

- 参考様式となるため、市区町村により固定文言などの変更は可能です。
- システムから出力（印字）する項目は、標準仕様として定めます。
緑色文字がシステム出力項目であり、問題がないか確認したい項目となります。

