

窓空宛名

当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト及び帳票詳細要件の対応案となります。

第 年 月 日 号

身体障害者手帳交付（再交付）について

(No.1の対応①)
文言マスタから取得し、印字する領域

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. 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	<div>2021/10/1 ペンダ意見 備考欄は対象者によって異なる印字対応をしている市町村もあるため、No4と同じ対応が必要である。 ⇒備考欄、予備欄はNo4と同様にする。</div>		

(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

帳票詳細要件（2.身体障害者手帳）

業務		帳票名称		02 身体障害者手帳交付（再交付）について	
02 身体障害者手帳		帳票名称		02 身体障害者手帳交付（再交付）について	
通番	システム印字項目	実装項目			印字編集条件など
		必須	オプション	不可	
1	宛名	●			障害者福祉共通「01宛名印刷」の窓空き宛名と同じ
2	文書番号	●			
3	発行日	●			和暦表記
4	タイトル	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	市町村長	●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名+全角スペース+市町村長名での印字も可とする
6	都道府県名	●			
7	氏名	●			
8	手帳番号	●			手帳番号+全角スペース+第〇〇〇号
9	問合せ先	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村
10	住所	●			郵便番号+全角スペース+住所
11	電話番号	●			
12	FAX番号	●			
13		●			

(No.1の対応②・③、No.2の対応)
「お持ちいただくもの」、「備考」、「その他の案内文」を実装必須で追加する。
「印字編集条件など」には以下を記載する。
文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。

2021/10/1 ペンダ意見
当対応をするのであれば、通番6の印字は不要。
⇒通番6の印字は無しとし、文言全体の印字のみとする。
※敬示文と同様のボタン。他帳票も同様に対応する。

文言マスタで管理する文言は、以下の内容を管理できることとする。
※機能・帳票要件(1.障害者福祉共通)に文言マスタの管理を追加する。

- ・複数行(改行付き)を管理できること
- ・先頭文字に全角空白文字を設定できるなど、インデントに対応できること
- ・半角文字、英数、記号など、一般的な通知書における文言に対応できること

※文字の強調(ボールド、アンダーライン、文字サイズ等)は対象外とする

⇒共通の機能・帳票要件に追加済。

2021/10/1 自治体意見
文言は、障害種別(精神とそれ以外等)で打ち分けたい。
⇒管理項目の「管理場所」毎の設定が行えるようにする。
⇒共通の機能・帳票要件に追加済。

2021/10/1 ペンダ意見
申請内容や障害の内容により住民ごとに持参いただくものを詳細に切り替えています。現在の対応案ですと住民ごとの細やかな切り替えではなく、自治体ごとの一律の切り替えとなりますので、住民向けの事前お知らせとしてはサービス低下します。
⇒標準仕様としては、対象者の申請種別や障害内容により印字内容を変更するのは難しいため、多数の自治体と同様に、固定文言(日本語表現)で対応をお願いしたい。

窓空宛名

当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト及び帳票詳細要件の対応案となります。

様式第2号

第 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。

障害福祉サービス		地域相談支援	
受給者証番号		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	
サービスの種類	支援の内容及び支給（給付）量		
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・施設障害者等包括支援）	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	
上限額の適用期間				

不届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。

(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執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

帳票詳細要件（6.障害福祉サービス等（受給者管理））

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	12	（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）支給（給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書
----	---------------------	------	----	--

通番	システム印字項目	実装項目			印字編集条件など
		必須	オプション	不可	
1	タイトル	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号	●			
3	発行日	●			和暦表記
4	宛名	●			障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村長	●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名+全角スペース+市町村長名での印字も可とする
6	電子公印	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	通知文	●			和暦表記
8	障害福祉サービス受給者証番号	●			
9	地域相談支援受給者証番号	●			
10	障害者（保護者）氏名	●			
11	児童氏名	●			
12	障害支援区分	●			
13	支給決定日	●			和暦表記 和暦表記
14	障害者（保護者）氏名	●			
15	児童氏名	●			
16	障害支援区分	●			
17	支給決定日	●			
18	障害者（保護者）氏名	●			
19	児童氏名	●			
20	障害支援区分	●			
21	支給決定日	●			
22	障害者（保護者）氏名	●			
23	児童氏名	●			
24	障害支援区分	●			
25	支給決定日	●			
26	障害者（保護者）氏名	●			
27	児童氏名	●			
28	障害支援区分	●			
29	特定障害者特別給付費月額	●			
30	特定障害者特別給付費月額適用期間	●			
31	療養介護医療	●			
32	療養介護医療	●			
33	療養介護医療	●			
34	食糧負担上限月額	●			
35	食糧負担上限月額の適用期間	●			
36	不服申立て及び取消訴訟文	●			
37	市町村名1	●			
38	市町村名2	●			
39	市町村長	●			
40	問合せ先	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
41	住所	●			郵便番号+全角スペース+住所
42	電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
43	FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること
44	メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること

2021/10/1 ペンダ意見
・②のみでよい。
・選択可能とはせずに「①現状の仕様」については削除していただきたい。
・①と②のどちらか一方にしてほしい（ペンダが選択できるでもよい）。
⇒②のみに変更する。

「全文」を実装必須で追加する。「印字編集条件など」に以下を記載する。
文言マスターで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。この場合は、通番36から39は印字はしない。
※文言マスターで、印字有無が「有」となっていない場合は、通番36から39に従う。

受給者証番号

身体障害者手帳

(印字)交付日 + “交付”		本人の欄		保護者の欄		障害名の欄		備考	
写真 (縦4cm×横3cm)	(印字)手帳記号 (印字)手帳番号	現住所	転入年月日	(印字)氏名 (印字)続柄 (印字)住所	保護者となった年月日	(印字)障害名	(印字)再交付日 + “再交付” 2021/10/1 ペンダ意見 再交付日等が記載されているが、これは何か。 ⇒削除する。		
	旅客鉄道株式会社 旅客運賃減額 (印字)種								
氏名(印字)氏名 (印字)生年月日 + “生”		帳票詳細要件の「印字編集条件など」に従い印字する		当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト及び帳票詳細要件の対応案となります。		2021/10/1 ペンダ意見 3手帳のマークの印字の要望は聞いたことが無いため、するとしても実装オプションにしてほしい。 ⇒実装オプションとする。			
(印字)市町村名/ 都道府県名	公印	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。		氏名 続柄 住所		身体障害者等級別			

2021/10/1 自治体意見
再交付日は1面に印字しているため、印字場所の変更が必要である。
⇒図で示されている様式については、標準化に合わせて印字場所は固定とする。

14	備考	再交付日	
15		再認定年月	

業務		06. 障害福祉サービス等（受給者管理）		帳票名称		23		障害福祉サービス受給者証	
通番	システム印字項目	実装項目			印字編集条件など				
		必須	オプション	不可					
1	受給者証番号	●							
2	支給決定障害者等	●			住所+全角スペース+方書				
3	障害者（保護者）氏名	●							
4	障害者（保護者）氏名	●							
5	障害者（保護者）生年月日	●							
6	児童	●							
7	児童氏名	●							
8	児童生年月日	●							
9	障害種別	●							
10	交付年月日	●							
11	支給市町村名	●							
12	電子公印	●							
13	介護給付費の支給決定内容	●							
14	障害支援区分	●							
15	2面だけでなく、4・5・6面の予備欄も同様に対応する。	●							
16		●							
17		●							
18		●							
19		●							
20		●							
21		●							
22		●							
23		●							
24		●							
25		●							

2021/10/1 ペンダ意見
 該当備考欄に印字が可能となる項目を予め編集項目に定義して、その中から印字項目を選択可能（複数可）となるようにしてほしい。
 ⇒各帳票の各印字場所ごとに、印字候補項目をあらかじめ用意するのは困難であり汎用性に欠けるため、候補は定義しない。

「印字編集条件など」に以下を記載する。
 ○文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。
 ○印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。

2021/10/1 自治体意見
 予備欄への文言は、出力の都度、自由に設定したい。
 ⇒管理項目に「予備欄二」、「予備欄四」のように実装オプションで追加し、印字できるようにする。
 なお、特記事項は、「印字編集条件など」に、「事務処理要領の***に従う」といった追記をする。

帳票詳細要件の「印字編集条件など」に従い印字する

2021/10/1 ペンダ意見
 再交付日等が記載されているが、これは何か。
 ⇒削除する。

見
 字の要望は聞いたことが無いため、対応しない。
 する。

帳票名称		15		身体障害者手帳（紙様式）	
実装	オプション				
再交付日	●	和暦表示 打ち出し形式 再交付日 + " 再交付"			
再認定年月	●	和暦表記 打ち出し形式 障害部位ごとの再認定年月 + " 再認定（ + 障害部位 + ）" ※再認定年月が複数ある場合は、複数印字する ※印字例 「令和3年4月 再認定（視覚障害）」			

実装オプションを実装必須に変更することが難しい場合の対応例となります。

2021/10/1 自治体意見
備考に寄せるのではなく、空白にハイフンを入れるなどで対応できないか。
⇒タイトル部分に二重線-アスタリスクを入れるなど対象外項目と分かる表現方法と備考欄に寄せる方法の2パターンを作成し、10月WTで提示する。

申請書関係 ⇒ このまま

様式第1号

様式第4号

通知書関係 ⇒ 備考欄や余白に寄せる

(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	氏名	個人番号	生年月日	年 月 日
居住地	〒	電話番号		
フリガナ	氏名	個人番号	生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名	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B型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。

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

申請区分	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	居宅介護	就労定着支援	
	介護施設利用	自立生活援助	

申請書・届出にある実装オプション項目はこのままとする。
【理由】
更新申請時に、前の受給内容に関する部分を印字するか否かは自治体により運用が分かれるため、「システムからの印字有無」を実装オプションとしているため。申請書・届出の様式であるため、このままでよい。
※手当の所得状況届も同様。

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、市町村長1を被告として(訴訟において市町村長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。

問合せ先管理にてメールに関する設定が無い場合は、「メール」のタイトルも含めて印字しない、といった仕様を帳票詳細要件の「印字編集条件など」に明記する。

(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 987-6543-21 FAX番号 123-4567
メール xxxxxxxxxxxx@yyy.yzz.aaa

福祉事務所長 印

○帳票レイアウトの修正
実装オプション項目の枠を削除し、備考欄を広げる。

○帳票詳細要件の「印字編集条件など」への追記
印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。

例)希望手帳様式を印字する場合
印字項目:希望手帳様式
印字有無:有
前付加文言:(空白)
後付加文言:(空白)
⇒予備欄への印字は、以下のようになる。
「カード(又は紙)」

一覧帳票関係 ⇒ 備考欄に寄せる

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。

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

生年月日	申請・届出の種類	備考

様式第11号

(一)	(二)	(三)	(四)	(五)	(六)
障害福祉サービス受給者証	介護給付費の支給決定内容	サービス種別	訓練等給付費の支給決定内容	計画相談支援給付費の支給内容	利用者負担に関する事項
受給者氏名	障害支援区分	支給量等	障害支援区分	支給期間 年 月 から 年 月 まで	負担上限 月額
支給決定理由等 居住地区 フリガナ 氏名 生年月日 フリガナ 氏名 生年月日 障害種別 交付年月日	認定有効期限 年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	認定有効期限 年 月 日から 年 月 日まで	特定決定相談支援事業所名	適用期間 年 月 日から 年 月 日まで
	サービス種別	サービス種別	サービス種別	モニタリング機関	食事提供体制加算対象者
	支給量等	支給量等	支給量等	予備欄	適用期間 年 月 日から 年 月 日まで
	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	特定障害者特別給付費の支給内容	利用者負担上限額管理対象者の有無
児童 生年月日 フリガナ 氏名 生年月日 障害種別 交付年月日	サービス種別	サービス種別	サービス種別	給付金入所支援	利用者負担上限額管理事業所名
支給市町村印 及び印	支給量等	支給量等	支給量等	支給額 円/日	特記事項欄
	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	適用期間 年 月 日から 年 月 日まで	
	サービス種別	サービス種別	サービス種別	共同生活援助又は重症障害者等包括支援	
	支給量等	支給量等	支給量等	支給額 円/月	
	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	適用期間 年 月 日から 年 月 日まで	予備欄
				予備欄	

[illegible]

○変更後の仕様
あらかじめ印刷した紙(プレプリント用紙)を利用することを大前提とし、プレプリント用紙をプリンターのカセットもしくは手差しにセットし、標準システムからは標準仕様で定められた場所及び項目へ印字する。

印字場所及び印字項目を標準仕様に合わせていただく必要はあるが、それ以外は柔軟な対応が可能となる。
(例えば、事業者記入欄は別冊にする等。)

2021/10/1 ペンダ意見
 プレプリント用紙へ印字する場合、印字位置のずれ等の影響が考えられる。
 受給者証は自治体により使用している用紙(A4用紙またはシールの用紙)が異なる場合があるが、今回の変更後の仕様によって、具体的なプレプリント用紙が示されるという理解でよいのか。
 ⇒具体的なプレプリント用紙も示す。通常印刷時と同様の印字場所と印字項目を前提としたプレプリント用紙となるため、障害福祉サービス受給者証の場合、(一)～(六)面は標準と同様となり、(七)面以降は自由となる。

2021/10/1 自治体意見
プレプリント用紙前提は困るため、通常用紙との選択式にしてほしい。
⇒2ボタンからの選択式を検討する。
(打合せ後追記)
システムからの通常用紙による出力となる場合は、国様式と同じ(標準仕様書の標準レイアウトと同じ)になることが前提となる。

2021/10/1 ペンダ意見

- ・通常印刷を可能としたい。
- ・プレプリント用紙での印刷とする場合は、カスタマイズが発生しないように印字場所と項目は固定化してほしい。
- ・あらかじめ印刷した紙を利用した場合、制度改正等により様式が変更となった際に、従来の用紙が使用できなくなる(在庫の用紙を破棄することになる)可能性があるため、「標準システムからは標準仕様で定められた場所及び項目へ印字する」のみでよい。

⇒2/3ボタンからの選択式を廃止する。