

障害者福祉システム等標準化検討会 第2回合同WT・第2回ベンダ分科会

地域生活支援事業の標準化の要否について

令和6年11月1日
事務局提出資料

1. 検討の経緯について(第2回個別検討WTの振り返り(1/3))

○ 地域生活支援事業の標準化について、自治体から以下のご意見がきています。

No	意見の内容	要望事項	その理由
1	機能ID:0220816、0220817、0220818、0220819について、 <u>地域生活支援事業についても国保連合会とのデータ連携ができるようにしてほしい。別システムで対応すると、事務が煩雑になる</u> ため、オプションで地域生活支援事業についても対応可能としてほしい。	地域生活支援事業の中でも、国保連委託に関する事業の標準化	独自施策システムと分か れると事務が煩雑になるた め ※同一システムが効率的 であるため
2	<u>地域生活支援事業(日中一時支援、移動支援、訪問入浴サービス、日常生活用具等)についても標準化対象</u> としていただきたい。 【理由】 地域生活支援事業については、標準化対象の障がい福祉サービスと密接に連携するものであり、 <u>同一システムにて処理することが効率的である</u> ため。	地域生活支援事業の中 でも、多くの自治体でシス テム管理している日中一時 支援、移動支援、訪問入浴 サービス、日常生活用具等 の事業の標準化	同一システムが効率的で あるため
3	当市では、同一システムパッケージにて、日常生活用具給付等事業、移動支援事業、福祉タクシー、日中一時支援、市営バス乗車券等の事業を行っている。これらの事業が標準化対象外となった場合、 <u>経過処置で当分の間、1つのパッケージで標準準拠システムとそれ以外のシステムが提供されることが許されるが、処置経過後、システムの間の連携を行うこととなった場合、個別に当該事業を行うシステムの開発・維持・管理が必要となり、経済的にも不効率である</u> ため、上記事業に加え、 <u>市町村地域生活支援事業必須事業や全国的にどの市町村も実施している事業については、同一システムパッケージにて提供できるように、標準化対象事業として検討されたい。</u>	日常生活用具給付等事業、 移動支援事業、福祉タクシ ー、日中一時支援、市営バ ス乗車券等の他、市町村 地域生活支援事業必須事 業や全国的にどの市町村 も実施している事業の標準 化	・独自施策システムと分か れると非効率・不経済で あるため ・同一システムの利用は、 経過措置後、システム分 割が必要になるため

いずれのご意見も、地域生活支援事業を標準化することで、標準準拠システムと同一システムにしたいとのご意見

1. 検討の経緯について(第2回個別検討WTの振り返り(2/3))

- 現状、地域生活支援事業を含む独自事業(横出し)は、地域の実情に応じて住民サービス向上のために創意工夫して実施しているものであるため標準化の対象外としています。その上で、標準準拠システムと独自事業(横出し)を管理するシステム(独自施策システム)が分かれることによる弊害を最小化するために、標準準拠システムと独自施策システムとの連携機能を規定し、それぞれのシステムで必要な情報を検索、表示、抽出できるようにしています。

No	標準化の対象外とした理由	補足
1	地域の実情にあった事業として実施できるようにするため	標準化の対象外とすることで、条例や規則の制定・改正に伴うシステム機能に迅速・柔軟に対応可能となる
2	システム分離の弊害は最小化可能であるため	独自施策システムとの連携機能を規定したことで対応可能となる
3	一体的なシステム管理も可能であるため	経過措置により認められている(経過措置の期限は未定)
4	一定の費用補助があるため	新たに発生する連携機能については補助対象となっている
5	地域生活支援事業以外にも独自手当や交通費助成等の独自事業が多数あるため	地域生活支援事業の一部の事業を標準化の対象としても、他の独自事業は独自施策システムとなる

- 一方で、地域生活支援事業の一部の事業等について標準化の対象としてほしいとの意見があるため、上記に記載した現状の整理では対応が困難な事項がないか確認させていただきたい。

No	確認したい事項(例)	補足
1	自治体で困難な事項はないか	例えば、経過措置の期限の目安やいつ頃分かるのか 等
2	ベンダからみて困難な事項はないか	
3	その他、事業者等で困難な事項はないか	標準化は自治体システムに義務付けるものであるため、事業者には影響しないと考えている。

1. 検討の経緯について(第2回個別検討WTの振り返り(3/3))

○ 第2回個別検討WTにおけるご意見は以下のとおりです。

No	ご意見の内容	個別検討会における回答
1	弊社はPKGを複数開発しており、いずれのPKGも現状は地域生活支援事業と障害福祉サービスを一体的なシステムで管理しているが、標準化に伴いPKGによって方針が異なる。経過措置を利用して一体的なシステムのままとするPKGと令和7年度の標準準拠システムへの切替のタイミングで地域生活支援事業と障害福祉サービスを分離する方針のPKGがある。そのため、一体的なシステムの場合は経過措置の期限がいつまでとなるか明確にならないと今後の計画に影響するため、経過措置の期限設定における見解を伺いたい。	(デジタル庁)経過措置の期限については、現時点では当分の間としているが、標準準拠システムの移行後にシステムの開発や運用状況、また、自治体における事務処理等の実態を踏まえて、丁寧に対応する必要があると考えている。そのため、現時点で明確な期限は想定していないが、突然期限を提示するといったことはなく、関係機関としっかりと協議しながら進めていく予定である。
2	また、仮に地域生活支援事業を標準化の対象とする場合は、開発期間の確保等の理由から、十分な経過措置を設けていただく必要がある。	(事務局)ご意見のとおりと認識しており、仮に地域生活支援事業を標準化の対象とする場合は十分な期間が必要と考えている。
3	現在、当市では地域生活支援事業の移動支援や訪問入浴サービスについては、障害福祉サービスと一緒に決定事務を行っている。そのため、地域生活支援事業と障害福祉サービスの事務処理が別になることにより、市民からすると受給者証が別々になってしまう。 障害福祉サービスの支給決定事務と地域生活支援事業の移動支援、地域活動支援センター機能強化事業、日中一時支援の支給決定事務を同時に行っており、事業者も居宅介護と移動支援は同一事業者が提供していることが多くあることから、 <u>一体型の受給者証で運用をしている</u> 。	(事務局)障害福祉サービスと地域生活支援事業の支給決定内容を一枚の受給者証へ記載し運用されているという認識でよい。 ⇒その通りである。
4	また、 <u>行政では別システムで管理を行うこととなり、市民にしても行政にしてもわかりにくさや作業負担が増える</u> ことが考えられる。さらに国保中央会の審査支払システムでは障害福祉サービスと同様に地域生活支援事業の対応がされていることから、移動支援、地域活動支援センター機能強化事業、訪問入浴サービス、日中一時支援については標準化の対象とし一体的に取り扱うことで事務の効率化につながると考える。	② 地域生活支援事業を標準化し、障害福祉サービスの受給者証に含めるとするご意見 ① 地域生活支援事業を標準化して標準準拠システムと同一システム化するご意見
5	当市では地域生活支援事業については、国保連へ請求の審査委託は行っていないが、移動支援、地域活動支援センター機能強化事業、日中一時支援といった事業については、対象者の障害福祉サービスの情報も確認し、支給決定を行っている。そのため、移動支援、地域活動支援センター機能強化事業、日中一時支援については標準化の対象としていただきたい。あわせて、日常生活用具等給付事業も対象者が多いため、 <u>同一システムとして事務処理ができることが望ましい</u> 。	(事務局)障害者福祉施策としては地域生活支援事業以外にも条例で定めた事業として、例えば重度障害者医療、福祉タクシー、ガソリン補助やその他手当事業などがあり、こういった事業は独自施策システムとして残ることとなる。そのため、ご意見いただいた事業を標準化の対象としたとしても、自治体の事務の効率化にどこまで効果があるのか定量化が難しいところである。 ⇒重度障害者医療や福祉タクシーといった事業についてはシステム化しておらず、Excelによる管理をしている。 ① 地域生活支援事業を標準化して標準準拠システムと同一システム化するご意見

1. 検討の経緯について(追加のご意見)

○ 地域生活支援事業の標準化について、追加で以下のご意見が寄せられています。

No	ご意見の内容
1	標準仕様書策定当初では、地域生活支援事業を標準化の対象にしてほしいという意見が少数であったことは事実ではあるものの、令和6年7月時点で障害者福祉システム標準仕様書も第4.0版に向けた改訂が進んでいるところである。少なくとも中核市レベルでは、障害者総合支援法に基づく<u>障害福祉サービスに係る事務と同一のシステムで地域生活支援事業の管理を行っている自治体もあるため、再度全国の自治体に対して意見照会を行い、各自治体が地域の実情に応じて創意工夫して実施していることにも対応したシステムの実現が可能かどうか等、改めて標準化対象システムに加えるべきか必要な検討を</u>されたい。
2	地域生活支援事業を標準化の対象業務にしてほしいという意見は全国約1,700自治体のうち18自治体であったとのことであるが、<u>当該意見照会あくまで標準化対象システムの内容について意見を問う照会であって、地域生活支援事業の標準化の必要性を問う質問項目はなかったと記憶している。当該意見照会において、自由記述で意見を付した自治体数が少なかったことをもって、国が地域生活支援事業を対象外とする判断をするにあたって、「当該意見照会を踏まえた」とは言えない。</u> 地域生活支援事業については、地域の実状に応じて住民サービス向上のために創意工夫して実施しているものではあるものの、必須事業が設定されており実質的に行わないことが想定されているものではない。地域生活支援事業についても全国統一のシステムに標準化し、<u>障害福祉サービスと一体的に運用することによって、給付決定部分と請求審査部分の事務の効率化及び自治体の負担軽減に大いに寄与するもの</u>と考える。

① 地域生活支援事業を標準化して標準準拠システムと同一システム化のご意見

③ 地域生活支援事業の標準化に関する全国意見照会の実施のご意見

③ 地域生活支援事業の標準化に関する全国意見照会の実施のご意見

① 地域生活支援事業を標準化して標準準拠システムと同一システム化のご意見

(参考1)市町村の地域生活支援事業について

○ 市町村地域生活支援事業は以下のとおり多種多様です。

No	必須事業
1	理解促進研修・啓発事業
2	自発的活動支援事業
3	相談支援事業
	(1) 基幹相談支援センター機能強化事業
	(2) 住宅入居等支援事業(居住サポート事業)
4	成年後見制度利用支援事業
5	成年後見制度法人後見支援事業
6	意思疎通支援事業
7	<u>日常生活用具給付等事業</u>
8	手話奉仕員養成研修事業
9	<u>移動支援事業</u>
10	<u>地域活動支援センター機能強化事業</u>

(参考) 交付税を財源として実施する

- ・ 相談支援事業のうち障害者相談支援事業
- ・ 地域活動支援センター基幹的事業
- ・ 障害支援区分認定等事務
- ・ 自動車運転免許取得・改造助成
- ・ 更生訓練費給付

赤字は、標準化を望むご意見があった事業である

No	任意事業
1	日常生活支援
	(1) 福祉ホームの運営
	(2) <u>訪問入浴サービス</u>
	(3) 生活訓練等
	(4) <u>日中一時支援</u>
	(5) 地域生活支援拠点・ネットワーク運営推進事業
	(6) 相談支援事業所等(地域援助事業者)における退院支援体制確保
	(7) 協議会における地域資源の開発・利用促進等の支援
	(8) 市町村と地域生活定着支援センターの連携強化事業
2	社会参加支援
	(1) レクリエーション活動等支援
	(2) 芸術文化活動振興
	(3) 点字・声の広報等発行
	(4) 奉仕員養成研修
	(5) 複数市町村による意思疎通支援の共同実施促進
	(6) 家庭・教育・福祉連携推進事業
3	就業・就労支援
	(1) 盲人ホームの運営
	(2) 知的障害者職親委託

2. 第2回個別検討WTのご意見等を踏まえた整理について

- 第2回個別検討WTのご意見等を踏まえ、また地域生活支援事業が地域の実情に応じて住民サービス向上のために創意工夫して実施しているものであるため、サンプリングによる実態把握を目的として、以下について実施要綱や申請書・受給者証等の様式を比較整理しています。

- ・サンプルの対象自治体: 指定都市、中核市、特別区、一般市、町村より各1自治体
- ・対象事業: 移動支援事業、地域活動支援センター機能強化事業、訪問入浴サービス、日中一時支援、日常生活用具給付等事業 ※ご意見のある事業としている

No	比較整理事項	比較整理の内容
1	実施事業	自治体により実施している事業の差異の比較整理
2	業務フロー	各事業について、業務フローの大きな差異の比較整理 ・他の事業と一体的に実施していないか ・減免等の申請がないか ・償還払いがないか 等
3	機能要件	各事業について、機能に関する各種要件の大きな差異の比較整理 ・支給対象者 ・居住地の要件等 ・所得区分判定の世帯や所得の範囲 ・利用者負担額の考え方 等
4	帳票要件	各事業について、帳票に関する各種要件の大きな差異の比較整理 ・申請書や届出の種類 ・申請書や届出の記載事項 ・通知書や受給者証の種類 ・通知書や受給者証の記載事項 等

3. 実施事業に関する比較整理の内容

○ 実施事業に関する比較整理は以下のとおりです。

C市において日中一時支援は実施していませんが、サンプルの5自治体においてはほぼ差異はみられません。

サービス	A市	B市	C市	D市	E市
1.移動支援事業	実施	実施	実施	実施	実施
2.地域活動支援センター機能強化事業	実施	実施	実施	実施	実施
3.訪問入浴サービス	実施	実施	実施	実施	実施
4.日中一時支援	実施	実施	未実施	実施	実施
5.日常生活用具給付等事業	実施	実施	実施	実施	実施
補足事項	障害福祉サービスに1.～4.の事業が含まれる	地域活動支援センターの利用申請や決定は、利用者と指定管理者が直接行う	—	—	—

実施事業については、ほぼ差異はみられない。

4. 業務フローに関する比較整理の内容

○ 業務フローに関する比較整理は以下のとおりです。

業務フローは自治体により大きな差異が見られます。

サービス	A市	B市	C市	D市	E市
1.移動支援事業	障害福祉サービス に1.～4.の事業が 含まれる	3,4と一体的に実施 している	上限時間数加算の 申請がある	利用申請・決定で ある	利用申請・決定で ある
2.地域活動支援 センター機能強 化事業		市が指定する指定 管理者が申請受付、 支給決定を行って いる	・減額・減免は別申 請である ・創作的活動とそれ 以外で利用承認書 は別である	利用申請・決定で ある	変更届がある
3.訪問入浴サー ビス		障害福祉サービス に準じている	紙おむつや配食等 の他事業と一体的 に実施している	利用申請(新規・継 続・変更)・決定で ある	利用申請・決定で ある
4.日中一時支援			未実施である	同一月内における 同一世帯に属する 者の利用者負担の 合算額が4,000 円を超えるときは、 高額サービス費の 償還払いがある	利用申請・決定で ある
5.日常生活用具 給付等事業		・減免は別申請で ある ・請求書がある	・住宅改修費は別 申請である ・支給内容通知書 は事業者宛の交付 である	・調査書がある ・給付と貸与で決定 通知書が分かれて いる	・調査書がある ・請求書がある ・点字図書発行証 明書がある

大きく、A市パターン（障害福祉サービスに含めて実施）、B市パターン（3事業を一体的に実施）、C・D・E市パターン（事業毎に実施）で分かれており、更に減免や加算の申請がある等、自治体により大きな差異が見られる。

5. 機能要件に関する比較整理の内容(所得区分や利用者負担額(1/2))

○ 機能要件(所得区分や利用者負担額)に関する比較整理は以下のとおりです。

所得区分判定対象者や所得区分段階、利用者負担額は自治体により大きな差異が見られます。

自治体	移動支援事業、地域活動支援センター機能強化事業、訪問入浴サービス、日中一時支援
A市	負担上限月額障害福祉サービスと一体的な管理としており、障害福祉サービスと併給している場合、障害福祉サービス分の自己負担額を差し引いた金額が移動支援、日中一時、訪問入浴、地域活動支援センターの負担上限月額となる
B市	負担上限月額の金額は障害福祉サービスと同様であるが、移動支援、日中一時、訪問入浴、地域活動支援センターごとに上限額を設定
C市	○移動支援事業 1か月あたりの利用可能上限時間数までは無料、利用可能上限時間数を超える場合は全額自己負担 ○地域活動支援センター機能強化事業 利用料:生保・残留邦人は申請により0円。創作的活動:1回280円、それ以外:1回100円 給食費:市民税所得割16万円未満:1食240円、16万円以上:1食380円 ○訪問入浴サービス 生保受給者:0円、利用者・扶養義務者の市民税非課税:0円、均等割のみ課税:50円、税額3万円まで:100円、8万円まで:200円、14万円まで:300円、28万円まで:400円、50万円まで:500円、80万円まで:650円、116万円まで:850円、165万円まで:1,050円、226万円まで:1,250円、226万円超:1,500円
D市	○移動支援事業、訪問入浴サービス、日中一時支援 ・生保、障害者及び配偶者(障害児は保護者)が住民税非課税:0円 ・上記以外 ・移動支援事業:1割負担 ・訪問入浴サービス:1回あたり 訪問入浴:400円、部分浴又は精拭:280円 ・日中一時支援:上限月額4,000円 ○地域活動支援センター機能強化事業 0円(創作的活動又は生産活動経費は実費負担)
E市	○移動支援事業、日中一時支援 生保、障害者及び配偶者(障害児は住基世帯)が住民税非課税世帯:0円、住民税課税世帯:4,000円 ○地域活動支援センター機能強化事業 0円(食材料費等は負担) ○訪問入浴サービス 生保、障害者及び配偶者(障害児は住基世帯)が住民税非課税世帯:0円、住民税課税世帯は月2回まで無料

自治体により大きな差異があるため、標準化に馴染みにくいのではないか。

5. 機能要件に関する比較整理の内容(所得区分や利用者負担額(2/2))

- 日常生活用具給付等事業の所得区分や利用者負担額に関する要件は、サンプルの5自治体において多少の差異はみられますが、大きな差異は見られません。

自治体	日常生活用具給付等事業
A市	生保・中国残留邦人・非課税世帯:0円 所得割課税世帯: ・非継続品目:37,200円 ・継続品目:9,300円(但し、半期毎4,650円が上限) ※ 世帯は、障害者は本人・配偶者、障害児は保護者の世帯員
B市	生保・中国残留邦人・均等割非課税世帯・所得割0円世帯:0円 所得割課税世帯:37,200円 ※ 世帯は、障害者は本人・配偶者、障害児は世帯員
C市	生保・非課税世帯:0円 所得割課税世帯:37,200円 ※ 利用者負担額は補装具に準じる ※ 令和6年4月1日より18歳未満障害児は所得制限撤廃
D市	生保・非課税世帯:0円 上記以外の世帯:37,200円 ※ 世帯は、18歳以上の障害者は本人・配偶者、18歳未満の障害児は世帯員 ※ 18歳以上の障害者本人又は配偶者の所得割額が46万円以上は対象外
E市	生保・住民税非課税世帯:0円 住民税課税世帯:24,000円 ※ 世帯の考え方は補装具に準じる

日常生活用具給付等事業については、補装具に準じている傾向が見受けられるため大きな差異はみられないが、自治体固有要件は少なからず見受けられ、例えばA市のような固有要件は標準化に馴染みにくいのではないかと考えられる。

5. 機能要件に関する比較整理の内容(支給対象者や居住地要件(1/2))

○ 機能要件(支給対象者や支給要件)に関する比較整理は以下のとおりです。

支給対象者や居住地に関する要件は、サンプルの5自治体においては大きな差異が見られます。

移動支援事業	A市	B市	C市	D市	E市
支給対象者	障害福祉サービスと同様	障害者、障害児の保護者	障害者、障害児の保護者	障害者、障害児の保護者	障害者、障害児の保護者
居住地に関する要件	障害福祉サービスと同様	居住地特例可	—	市内に居住地を有する者	本市に居住し外出困難な者
地域活動支援センター	A市	B市	C市	D市	E市
支給対象者	障害福祉サービスと同様	利用者	利用者	障害者、障害児の保護者	障害者、障害児の保護者
居住地に関する要件	障害福祉サービスと同様	本市に居住地を有する者	本市に居住地を有する者	本市に居住地を有する者	本市に住所を有する者
訪問入浴サービス	A市	B市	C市	D市	E市
支給対象者	障害福祉サービスと同様	障害者、障害児の保護者	利用者	障害者、障害児の保護者	障害者、障害児の保護者
居住地に関する要件	障害福祉サービスと同様	重度身体障害者等は居住地特例可	本市に住所を有する者	本市に住所を有する者	本市に居住する者
日中一時支援	A市	B市	C市	D市	E市
支給対象者	障害福祉サービスと同様	障害者 障害児の保護者	未実施	障害者、障害児の保護者	障害者、障害児の保護者
居住地に関する要件	障害福祉サービスと同様	障害者は居住地特例可	—	市内に居住地を有する者	本市に居住する者

- ・ 受給者が保護者と障害児で異なる場合、申請書等の様式や管理項目等に大きく影響するのではないか。
- ・ 住登外者も受給対象となる差異については、機能的な影響はないのではないか。

5. 機能要件に関する比較整理の内容(支給対象者や居住地要件(2/2))

- 日常生活用具給付等事業の支給対象者や居住地に関する要件は、サンプルの5自治体において大きな差異が見られます。

日常生活用具給付等事業	A市	B市	C市	D市	E市
支給対象者	障害者、 障害児の保護者	障害者、 障害児の保護者	障害者、 障害児	障害者、 障害児 ※貸与は市県民税非課税世帯	障害者、 障害児
居住地に関する要件	本市に居住地を有する者	障害者、障害児の保護者が本市に居住地を有する者 ※居住地特例地有	援護の実施機関となる者	本市に 住所を有する者	本市に 住所を有する者
給付・貸与	給付・貸与	給付のみ	給付・貸与	給付・貸与	給付のみ
給付券の扱い	・対象者へ支給決定通知書 ・ 事業者へ給付券を送付	・支給決定通知書と合わせて支給券を交付 ・ 減免決定通知書と合わせて支給券を交付	・支給決定通知書と合わせて支給券を交付	・支給決定通知書と合わせて支給券を交付 ・ 排泄管理支援用具は、2か月ごとに1枚の給付券で、1回の申請で3枚まで交付可	・支給決定通知書と合わせて支給券を交付 ・ 排泄管理支援用具は、2か月ごとに1枚の給付券で、1回の申請で3枚まで交付可
その他	申請は障害者又は保護者	申請は障害者又は保護者	申請は障害者又は保護者	申請は障害者又は保護者	申請は障害者等又は保護者

- ・受給者が保護者と障害児で異なる場合、申請書等の様式や管理項目等に大きく影響するのではないかな。
- ・住登外者も受給対象となる差異については、機能的な影響はないのではないかな。
- ・貸与の有無の差異については、申請書等の様式や管理項目等に多少は影響するのではないかな。
- ・排泄管理支援用具向けのデータ更新や給付券の出力機能等も必要になるのではないかな。

6. 帳票要件に関する比較整理の内容(1/2)

- 帳票要件(移動支援事業、地域活動支援センター機能強化事業、訪問入浴サービス、日中一時支援、日常生活用具に関する帳票様式(申請書関係、通知書・受給者証関係)の種類)に関する比較整理は以下のとおりです。

帳票要件(様式の種類)は、サンプルの5自治体においては大きな差異が見られます。

A市	B市	C市	D市	E市
・支給申請書 ・利用者負担額減額・免除等申請書 ・受給者証異動届兼再交付申請書 ・申請取下申立書 障害福祉サービスに地活4事業が含まれる	・支給申請書兼利用者負担額減免申請書兼支給額等変更申請書 ・申請内容変更届出書 ・受給者証再交付申請書 ※地域活動支援センター機能強化事業の利用申請は指定管理者宛となるため記載割愛 地活3事業で1様式	・移動支援事業利用申請書 ・移動支援事業上限時間数加算利用申請書 ・心身障害者福祉事業受給申請書(紙おむつ支給、紙おむつ使用料助成、出張理美容、巡回入浴サービス、配食サービス、寝具乾燥消毒) ・巡回入浴サービス生活状況票 ・心身障害者福祉事業受給資格変更・消滅届(紙おむつ支給、紙おむつ使用料助成、出張理美容、巡回入浴サービス、配食サービス、寝具乾燥消毒、見守り型緊急通報システム、重度脳性麻痺者介護事業) ・地域活動支援センター利用申請書 ・地域活動支援センター使用料減額・免除申請書 事業毎に別様式	・移動支援事業利用申請書 ・地域活動支援センター事業利用申請書 ・訪問入浴サービス事業利用(新規・継続・変更)申請書 ・身体状況等調書兼誓約書 ・入浴診断書・意見書 ・日中一時支援事業利用申請書 ・日中一時支援事業高額サービス費支給請求書 事業毎に別様式	・移動支援事業利用申請書 ・診断書 ・日中一時支援事業利用申請書 ・診断書 ・訪問入浴サービス事業利用申請書 ・訪問入浴サービス事業利用に係る医師意見書 ・地域活動支援センター利用申請書 ・地域活動支援センター利用変更届 事業毎に別様式
・支給決定(変更)通知書 ・受給者証 ・不支給決定通知書 ・支給却下決定通知書 ・利用者負担額減額・免除等決定(変更)通知書 ・支給決定(変更)通知書兼仮受給者証 ・処分保留通知書 ・支給決定取消通知書 ・支給決定延期通知書	・支給決定通知書 ・受給者証 ・支給決定取消通知書 ・利用者負担額減免決定通知書兼支給額等変更決定通知書	・移動支援事業利用承認書兼利用者証 ・巡回入浴サービス決定通知書 ・巡回入浴サービス却下通知書 ・巡回入浴サービス消滅通知書 ・地域活動支援センター利用承認書 ・地域活動支援センター(創作的活動)利用承認書	・移動支援事業利用決定(却下)通知書 ・地域生活支援事業決定通知書 ・地域生活支援事業受給者証 ・地域生活支援事業却下定通知書 ・日中一時支援事業利用決定(却下)通知書 ・訪問入浴サービス利用決定(変更・却下)通知書 ・訪問入浴サービス依頼書	・移動支援事業利用決定(却下)通知書 ・日中一時支援利用決定(却下)通知書 ・訪問入浴サービス利用決定(却下)通知書 ・地域活動支援センター利用決定(却下)通知書 ・地域活動支援センター利用取消通知書

自治体により大きな差異があるため、標準化に馴染みにくいのではないか。

6. 帳票要件に関する比較整理の内容(2/2)

- 日常生活用具給付等事業の帳票要件(様式の種類)は、サンプルの5自治体において大きな差異が見られます。

A市	B市	C市	D市	E市
・日常生活用具給付申請書 ・世帯状況・収入等申告書	・日常生活用具費支給申請書 ・日常生活用具利用者負担額減免申請書 ・紙おむつ等使用意見書 ・日常生活用具費支給請求書	・日常生活用具費支給申請書 ※裏面 個人番号記入欄 ・住宅設備改善費支給申請書 ※裏面 個人番号記入欄	・日常生活用具給付・貸与申請書 ・日常生活用具費支給意見書 ・調査書(日常生活用具給付等事業)	・日常生活用具給付申請書 ・診断書・意見書(難病用) ・調査書(日常生活用具) ・居宅生活動作補助用具の設置工事完了届 ・日常生活用具給付費支払請求書
・日常生活用具給付決定通知書 ・日常生活用具給付却下通知書 ・日常生活用具給付券 ・日常生活用具給付廃止通知書	・日常生活用具費支給可否決定通知書 ・日常生活用具費支給券 ・日常生活用具利用者負担額減免可否決定通知書	・日常生活用具費支給決定通知書 ・日常生活用具費支給券 ・日常生活用具費支給内容通知書	・日常生活用具給付決定通知書 ・日常生活用具貸与決定通知書 ・日常生活用具給付・貸与却下決定通知書 ・日常生活用具給付券	・日常生活用具給付決定通知書 ・却下決定通知書 ・日常生活用具給付券 ・点字図書発行証明書

- ・世帯員・収入・個人番号等の記載について、調査書も含めて申請書等の様式に影響するのではないか。
- ・利用者負担額の減免申請書が別となっているケースは、別のままとするかは要検討と考えられる。
- ・住宅改修が別申請書となっている自治体が見受けられるが、申請書等の様式に影響するのではないか。
- ・事業者からの支給請求について、請求に対する管理有無や管理項目等は多少は影響するのではないか。
- ・通知書関係についても、通知書等の様式に影響するのではないか。

7. 整理結果及び検討内容について

- 地域生活支援事業については、「障害者福祉システム標準仕様書【第2.1版】の策定 について(周知)」(障発0331第10号 令和5年3月31日厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知)において標準化の対象外としています。その後のご意見や第2回個別検討WTにおける検討等を踏まえ、移動支援事業、地域活動支援センター機能強化事業、訪問入浴サービス、日中一時支援、日常生活用具給付等事業に関して比較整理していますが、以下の理由により、**地域生活支援事業は標準化の対象とすべきではないと考えています。**

No	地域生活支援事業を標準化の対象としない理由
1	比較整理の内容を踏まえると、ご意見の多い事業は多くの自治体で実施しているが、同一の事業であっても業務フローが多様であり、機能要件(利用者負担額の考え方等)や帳票要件(様式の種類や内容)も多種多様であるため、地域生活支援事業を標準化の対象とすることで、地域生活支援事業が地域の実情に応じて住民サービス向上のために創意工夫して実施することが困難となるのではないか。 ※1 <u>標準化する場合、例えば申請書や受給者証等は1種類を規定し、自治体は標準化された帳票レイアウトに合わせる事となる。</u>自治体の要望に合わせて申請書や受給者証等の種類を複数用意し、オプション化して選択できるようにすると、ベンダの実装範囲が広がることで利用料の高額化に繋がる可能性があり、また標準化の趣旨に合わなくなる恐れがある。 ※2 <u>機能要件(所得区分判定の世帯や所得の範囲、利用者負担額の考え方)は、自治体の政策上、現行の要綱変更は困難と考えられるため、標準化する場合は多様な機能をオプションで規定する必要があると考えられる。</u> ※3 国保連委託については、20道府県、158自治体に限られている。
2	仮に標準化の対象とし、標準準拠システムで運用を開始した後、<u>自治体の政策上、独自の所得区分判定の世帯や所得の範囲、利用者負担額の見直し等を行うことを検討する場合、標準仕様書に縛られることとなり、本来実施したい事業が損なわれる可能性があるのではないか。</u>
3	仮に標準化の対象とし、移動支援事業、地域活動支援センター機能強化事業、訪問入浴サービス、日中一時支援、日常生活用具給付等事業を検討のベースとした場合、<u>意思疎通支援や生活訓練等は独自施策システム側に残り、また独自手当や重度障害者医療等の独自事業もあるため、地域生活支援事業を標準化の対象としても、標準準拠システムと同一システムとはならない自治体が多いのではないか。</u>
4	自治体においては、標準化の対象外である前提で標準準拠システムへの移行を進めているため、仮に標準化の対象とし、適合基準日を遅い時期にしたとしても困る自治体が多いのではないか。
5	ベンダにおいては、標準化の対象外である前提で標準準拠システムや独自施策システムの設計・開発を進め、自治体によっては作業や費用の見積もり等も提示していると思料するが、仮に標準化の対象とし、適合基準日を遅い時期にしたとしても困るベンダが多いのではないか。

8. ご意見に対する事務局見解について

○ 地域生活支援事業を標準化の対象にしてほしいとのご意見に対する対応は以下のとおりです。

No	ご意見	事務局見解
1	地域生活支援事業を標準化の対象とすることにより、標準準拠システムと同一のシステムにしたいとのご意見	経過措置により、当面の間、同一システムとすることは可能です。 また、地域生活支援事業の一部の事業を標準化の対象としても、他の独自事業は独自施策システムに残ることとなります。
2	地域生活支援事業を標準化の対象とすることにより、障害福祉サービスの受給者証に含めたいとのご意見	障害者福祉システム標準仕様書には独自施策システムとの連携機能を規定しており、またデータ要件・連携要件標準仕様書の「3. 3 独自施策システム等連携仕様」では基本データリストのグループ単位で独自施策システムへ連携できることとなっていますので、障害福祉サービスの支給決定情報を独自施策システムに連携することにより、独自施策システムから現行どおりの地域生活支援事業(4事業)の内容も含む障害福祉サービス等の受給者証を出力することは可能と考えます。
3	地域生活支援事業の標準化に関する全国意見照会を実施すべきとするご意見	「障害者福祉システムの標準仕様書【第2.0版】の改版に向けた機能要件等に係る意見照会について(依頼)」(事務連絡 令和4年12月1日 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課)において、地域生活支援事業の扱いに関して意見照会を実施していますが、第2回合同WT・第2回ベンダ分科会における検討等を踏まえ、令和6年12月予定の全国意見照会において、4.1版案の照会と合わせて、地域生活支援事業の標準化の要否に関する内容についても照会する予定です。

受給者証

數學模式

[illegible]

「受給者証」のほかに「支給決定（変更）通知書」、「不支給決定通知書」、「支給却下決定通知書」、「減額・免除等決定（変更）通知書」、「支給決定（変更）通知書兼仮受給者証」、「処分保留通知書」、「支給決定取消通知書」、「支給決定延期通知書」がある

(参考2)A市の日常生活用具の様式

申請書

第1号様式

障害者（児）日常生活用具給付申請書

(申請先)

申 請 日

申請者氏名 _____

続柄 ()

住 所 _____

電 話 番 号 _____ ()

「給付申請書」のほかに
「世帯状況・収入等申告書」がある

次のとおり障害者日常生活用具の給付を申請します。
※ 障害者（児）日常生活用具給付申請に際して、給付決定に必要な対象者世帯の税情報、世帯情報、障害者関連情報、介護保険給付等関係情報、生活保護関係情報、中国残留邦人等支援給付等関係情報及び給付履歴を、台帳及び関係機関に確認することに同意します。

対象者	氏 名			
	住 所	生年月日		
		電話番号		
		FAX番号		
		個人番号		

個人番号欄あり

障害者の状況	身体障害者手帳	(第 号 交付)	
	愛の手帳	第 (号 交付)	
	精神障害者保健福祉手帳	第 (号 交付)	
難病等患者	疾病番号		
	疾病名		
	身体等の状況		

品 目 名 称

品目のみ記載

給付券

第3号様式

年 月 日

〒	
	御中

障害者（児）日常生活用具給付券

次のとおり決定します。

対象者	氏 名		
	住 所	生年月日	
		電話番号	
		電話番号区分	
		FAX番号	

保護者	氏 名		
	住 所	続柄	
		生年月日	
		電話番号	
		電話番号区分	
		同居区分	

給付品目	品 目 名 称					
	価 格 基 準 額	自己負担上限額	公費負担上限額	負担上限額	継続品目支給年月	
					～	
業 者	名 称					
	電話番号					

受領年月日	年 月 日	受領者氏名		本人との関係	
-------	-------	-------	--	--------	--

費用負担年月

【問い合わせ先】

「給付券」のほかに
「給付決定通知書」、
「給付却下通知書」、
「給付廃止通知書」がある

(FKC01FM20030)

(参考2)B市の移動支援事業等の様式(1/2)

申請書等

第1号様式

支給申請書兼減免申請書兼変更申請書

地域生活支援サービス事業費支給申請書兼利用者負担額減免申請書兼支給額等
変更申請書

年 月 日

あて

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	生年月日									
	氏名	個人番号									
	居住地	郵便番号									
		電話番号									
フリガナ			生年月日								
支給申請に係る児童氏名	個人番号		続柄	個人番号欄あり							
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								
サービスの利用状況	地域生活支援サービス事業	利用中のサービス事業の種類と内容等					受給者証番号				
	障害福祉サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分	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					受給者証番号				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	移動支援、入浴、日中一時の3事業に対応						
		利用中のサービスの種類と内容等									
申請する地域生活支援サービスの種類	地域生活支援サービス事業の種類					申請に係る具体的内容					
	☐ 障害者等移動支援事業 ☐ 移動介護 ☐ 身体介護あり ☐ 障害者等入浴サービス事業 ☐ 通学通所支援 ☐ 身体介護なし										
	申請する利用者負担額減免の理由										
	申請する支給額等変更の理由										
	16歳以上19歳未満の扶養親族の数										

変更届出書

第4号様式の2

地域生活支援サービス事業費申請内容変更届出書

年 月 日

あて

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

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

再交付申請書

第5号様式

地域生活支援サービス事業受給者証再交付申請書

年 月 日

あて

地域生活支援サービス事業受給者証の再交付について、次のとおり申請します。

受給者証番号	生年月日	
フリガナ	個人番号	個人番号欄あり
支給決定障害者(保護者)氏名	郵便番号	
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	個人番号欄あり
	個人番号	
申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ	本人との関係	
氏名	郵便番号	
住所	電話番号	
申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況	

支給申請・減免申請・変更申請は1様式、変更届、再交付申請は別様式となっている

※ 従前使用していた地域生活支援サービス事業受給者証を添付すること(紛失の場合を除く。)

(参考2)B市の移動支援事業等の様式(2/2)

受給者証

第3号様式

(一)		(二)		(三)
地域生活支援サービス事業受給者証		支給決定内容		注意事項欄
受給者証番号		各事業の負担上限月額		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 地域生活支援サービス事業費は、支給決定障害者等が、支給決定期間内において、地域生活支援事業所の登録に関する規則（平成18年規則第108号）第3条第1項の規定による登録を受けた者（以下「登録事業者」という。）から当該登録に係る地域生活支援サービス事業を受けたときに支給されます。 3 地域生活支援サービス事業を受けようとするときは、必ずこの証を登録事業者に提示してください。 4 地域生活支援サービス事業を受けるときに支払う金額は、地域生活支援サービス事業に要した費用（食事の提供に要する費用、居住若しくは滞在に要する費用その他の日常生活に要する費用又は創作的活動若しくは生産活動に要する費用のうち市長が定める費用を除く。）の1割です。ただし、二面の各事業の負担上限月額欄に記載された金額が1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。）。 5 負担上限月額については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、世帯状況等に変更があった際には申し出てください。 6 支給決定期間を経過したときは、地域生活支援サービス事業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、この証を添えて給付の再申請をしてください。 7 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、この証を添えてにその旨を届け出てください。 8 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前ににご連絡、ご相談ください。 また、支給決定期間内に、他の市区町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えてに届け出てください。 9 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、速やかに返還してください。 10 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証をに返還してください。 11 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。 12 支給決定の内容欄に記載されていない地域生活支援サービス事業については、地域生活支援サービス事業費の支給は受けられません。
居住地		各事業の負担割合		
フリガナ		障害者等移動支援事業	支給決定期間 支給量	
氏名				
生年月日		重度身体障害者等入浴サービス事業	支給決定期間 支給量	
フリガナ				
氏名		障害者等日中一時支援事業	支給決定期間 支給量	
生年月日				
交付年月日		特記事項欄		
支給市町村長名及び印				

移動支援、入浴、日中一時の3事業に対応

(四)	(五)	(六)
障害者等移動支援事業者記入欄	障害者等日中一時支援事業者記入欄	重度身体障害者等入浴サービス事業者記入欄
事業者及びその事業所の名称	事業者及びその事業所の名称	事業者及びその事業所の名称
支援の種類 ☐ 移動介護 ☐ 通学通所支援	契約日	契約日
契約日		
契約終了日	契約終了日	契約終了日
契約終了月中の終了日までの既提供量	契約終了月中の終了日までの既提供量	契約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	事業者及びその事業所の名称	事業者及びその事業所の名称
支援の種類 ☐ 移動介護 ☐ 通学通所支援	契約日	契約日
契約日		
契約終了日	契約終了日	契約終了日
契約終了月中の終了日までの既提供量	契約終了月中の終了日までの既提供量	契約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	事業者及びその事業所の名称	事業者及びその事業所の名称
支援の種類 ☐ 移動介護 ☐ 通学通所支援	契約日	契約日
契約日		
契約終了日	契約終了日	契約終了日
契約終了月中の終了日までの既提供量	契約終了月中の終了日までの既提供量	契約終了月中の終了日までの既提供量

「受給者証」のほかに「支給決定通知書」、「支給決定取消通知書」、「利用者負担額減免決定通知書兼支給額等変更決定通知書」がある

(参考2)B市の日常生活用具の様式(1/2)

支給申請書

第1号様式

年 月 日

障害者等日常生活用具費支給申請書

あて

住所
氏名
個人番号
電話番号

個人番号欄あり

日常生活用具費の支給を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

対象者	氏 名	個人番号	生年月日	
	居 住 地	個人番号欄あり		
	身体障害者手帳		番号	
	障 害 名		等級	種 級
	療 育 手 帳		程度	
	精神保健福祉手帳		等級	
	難病等の疾患名			
購入する用具の名称			希望する 型 式 等	
希 望 す る 業 者 名				
16歳以上19歳未満の 扶養親族の数				
備 考				

減免申請書

第4号様式

障害者等日常生活用具利用者負担額減免申請書

年 月 日

あて

住所
申請者
氏名

別に減免申請あり

障害者等日常生活用具利用者負担額の減免を受けたいので、次のとおり申請します。

対象者	氏名		生年月日	
	居住地			
	身体障害者手帳	番号		
		等級		
	療育手帳	番号		
		程度		
	精神保健福祉手帳	番号		
等級				
難病等の疾患名				
購入する用具の名称				
希望する業者名				
申請の理由				

(参考2)B市の日常生活用具の様式(2/2)

支給請求書

第6号様式

別に償還払い申請あり

障害者等日常生活用具費支給請求書

年 月 日

あて

住所
氏名



年 月 日付で決定のあった日常生活用具費の支給を下記のとおり請求します。

記

請求額 円

振 込 先	銀行			支店
	普通・当座	口座番号		
	ふりがな			
	名義人氏名			

「支給申請書」、「減免申請書」、「支給請求書」のほかに「紙おむつ等使用意見書」がある

支給券

第3号様式

日常生活用具費支給券

支 給 番 号	第 号	支給券発行年月日	
対 象 者	氏 名	生 年 月 日	
	居 住 地		
申 請 者 氏 名		対象者との続柄	
購入する用具	価 格	補 助 額	
	円	円	
業 者	名称	住所	
こ の 券 の 有 効 期 限	受給者が業者に提示する期限		
	業者の公費支払請求期限		
上記のとおり決定する。			
年 月 日			
受 領	受 領 日	年 月 日	受領者氏名
備 考	対象者との続柄		

「支給券」のほかに
「支給可否決定通知書」、「利用者負担額減免可否決定通知書」がある



(参考2)C市の移動支援事業等の様式(1/4)

利用申請書

移動支援事業利用申請書

移動支援専用

あて
心身障害者移動支援事業実施要綱第5条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
	氏 名			
居住地	〒		電話番号 (日中連絡先)	
利用申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日 (歳) 続柄
身体障害者手帳番号	(種 級)	愛の手帳番号	(度)	未取得の場合 (療育意見書 ・ 診断書)
手帳障害名				

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			
	相談支援事業所名				
	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
申請内容 (いづれかに☑をしてください。)		☐ 身体介護有 (移動に伴い介助を行いながら道案内を行うこと) ☐ 身体介護無 (移動に付き添い道案内を行うこと、声掛けや見守りのみ) 二人体制 ☐ 有 ・ 無 (理由:)			

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

同 意 書

利用申請に当たり、障害福祉課長が、私及び世帯員の課税台帳、住民基本台帳、生活保護受給状況及び介護保険被保険者台帳を閲覧すること並びに介護保険法の定めによる居宅介護支援事業所、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の定めによる指定特定相談支援事業所、指定一般相談支援事業所及び児童福祉法の定めによる障害児相談支援事業所からサービス利用に関する情報を得ることに同意します。

申請者

受付者

【事務処理欄】

全身性 ・ 準ずる	税情報	(身体介護 有 ・ 無) (加算 有 ・ 無)	介護給付費 重度訪問介護 (有・無)
知 ・ 児 ・ 精	総支給時間	時間/月	行動援護 (有・無)
支給期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	重度脳性麻痺介護人派遣制度(有・無)		
利用希望日 ☐ 審査決定日 ☐ 至急(月 日 ~ 利用希望)	< 歳 >		
☐ 全身性確認シート確認 年 月 日 (全身性または準ずる場合のみ)	< 要介護 ・ 要支援 >		
備考欄(二人体制に係る理由等)	確認者		

移動支援の上限時間加算申請が別にあり

移動支援事業上限時間加算利用申請書

あて
心身障害者移動支援事業実施要綱第8条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)
	氏 名			
居住地	〒		電話番号 (日中連絡先)	
利用申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	平成 年 月 日 (歳) 続柄
申請種別 (いづれかに☑をしてください。)	☐ 新規利用を希望 ☐ 利用継続を希望 ☐ 加算内容の変更を希望			
加算時間	時間/月			

通学先または通所先施設名				
送迎バス停付近の住所または名称	バスがバス停に来る時刻	行き 時 分	帰り 時 分	

主たる介護者の状況及び事由	世帯状況及び就労状況	続柄() 年齢() 歳 就労状況 月 火 水 木 金 土 日 不定期 時 ~ 時
	続柄() 年齢() 歳 就労状況 月 火 水 木 金 土 日 不定期 時 ~ 時	
加算を要する範囲	☐ 介護者が就労している。 ☐ 介護者が高齢、障害または疾病のため(疾病の場合は診断書を添付) ☐ その他送迎できない理由 () ☐ 送迎可能な家族の有無 (有 ・ 無)	
	☐ 自宅から通学(通所)送迎バス停間の (送迎 ・ 送りのみ ・ 迎えのみ) ☐ () 学校から() 保育クラブまでの送りのみ ☐ その他 ()	
所要時間 (1回の支援時間)	往路: 徒歩() 分 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 復路: 徒歩() 分 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ※所要時間が片道30分を超える場合は理由 ()	
必要期間	☐ 基本時間利用承認期間に同じ ☐ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
二人体制	☐ 不要 ☐ 必要 (理由:)	

受付者

【事務処理欄】

(加算) (基本)	時間/月 時間/月	総支給時間	加算適用開始: 年 月 日	二人体制開始: 年 月 日
		時間/月	加算適用終了: 年 月 日	二人体制終了: 年 月 日
ただし、	から	までの 送り ・ 送迎 に限る。		確認者
および (備考)	から	までの送りに限る。		

(参考2)C市の移動支援事業等の様式(2/4)

受給申請書

心身障害者福祉事業受給申請書

あて

◎希望する事業にチェックを入れてください。

- | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 紙おむつ支給 | ☐ 紙おむつ使用料助成 | ☐ 出張理美容 |
| ☐ 巡回入浴サービス | ☐ 配食サービス | ☐ 寝具乾燥消毒 |

下記のとおり心身障害者福祉事業の申請をいたします。

心身障害者福祉事業の申請及び継続資格の確認にあたり、障害福祉課長が、私及び世帯員の情報について、住民基本台帳・住民税課税台帳・介護保険台帳・生活保護世帯台帳・中国残留邦人等支援給付制度の被支援者世帯台帳から必要に応じて提供を受けることに同意します。

※太枠の中を記入してください

記入年月日		年 月 日	
申請者	住所	電話・FAX	
	フリガナ		
	氏名	生年月日	明・大・昭・平 (歳)
	申請者が20歳未満の場合は保護者氏名		父・母 その他 ()
届出者	住所	電話・FAX	
	フリガナ		
	氏名	申請者との続柄	父・母・夫・妻 その他 ()
手帳	1 身体障害者手帳 2 愛の手帳 ☐ 脳性まひ ☐ 進行性筋萎縮症	都道府県 第 号 障害程度 級度	交付年月日 昭・平 年 月 日
	フリガナ	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	本店 普通 口座番号
振込先	口座名義	本店 普通 口座番号	

職員事務処理欄

決定日	年 月 日
上記の申請について 認定・却下 し、通知することとしたい。	

□ 転入 () から 転入日 (年 月 日)

所得状況	氏名	続柄	総所得額	扶養人数	合計控除額	控除後所得額	課税状況
							課税・非課税
							課税・非課税

課長	係長	係員	住記個人番号	申請入力	決定入力	通知出力	通知郵送	事業決定番号	備考

入浴とは別に、おむつ等の5事業含む

変更・消滅書

心身障害者福祉事業受給資格変更・消滅届

あて

年 月 日

住所 丁目 番 号

届出者 氏名

障害者からみた続柄 ()

電話・携帯・FAX

入浴とは別に、おむつ等の7事業含む

下記のとおり (申請内容が変更になった・受給資格が消滅し

◎希望する事業にチェックを入れてください。

- | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 紙おむつ支給 | ☐ 紙おむつ使用料助成 | ☐ 巡回入浴サービス | ☐ 寝具乾燥消毒 |
| ☐ 出張理美容 | ☐ 配食サービス | ☐ 見守り型緊急通報システム | |
| ☐ 重度脳性麻痺者介護事業 | | | |

受給者氏名			
変更事由	新住所	丁目 番号	
	新氏名	新電話 FAX・携帯	()
	新金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	店 普通口座 No.
	その他		
消滅	1. 死亡		
	2. 転出	転出先 市	
	3. 施設入所	名称 所在地	
	4. 辞退		
	5. その他		
事由発生年月日	年 月 日		

職員事務処理欄

個人番号

課長	係長	担当	処理	申請入力	決定入力	通知出力	通知郵送	備考

入浴のみ、別途「生活状況票」あり

(参考2)C市の移動支援事業等の様式(3/4)

利用申請書

(第4条の2第1項関係)

地域活動支援センター 利用申請書

あて

令和 年 月 日

地域活動支援センター専用

申請

次のとおり、地域活動支援センターの利用を申請します。

事業名					
申請者	〒 丁目 番 号				
	電話 ()				
	フリガナ		生年	昭和・平成	
	氏名		年 月 日		
	身体障害者手帳	1 あり (級)	2 なし		
愛の手帳	1 あり (度)	2 なし			
精神保健福祉手帳	1 あり (級)	2 なし			
生活保護	1 受けていない 2 受けている				
「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付	1 受けていない 2 受けている				

使用料減額・免除申請書

(第6条の3第2項関係)

地域活動支援センター使用料減額・免除申請書

あて

令和 年 月 日

使用料減額・免除申請書が別にあり

申請

次のとおり、生活保護受給及び「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」による支援給付受給による地域活動支援センター使用料の減額・免除を申請します。

事業名					
申請者	〒 丁目 番 号				
	フリガナ		生年	昭和・平成	
	氏名		年 月 日		
	給付等の種類	1 生活保護	2 支援給付		

(参考2)C市の移動支援事業等の様式(4/4)

受給者証

(1)

移動支援事業利用承認書兼利用者証

利用者番号			
利用承認障害者等	居住地		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日		
保護者	フリガナ		
	氏名		
障害種別			
交付年月日			
市町村名及び印		市町村番号	

(3)

事業者記入欄

No	事業者名		
1	1箇月の利用量		事業者印
	サービス提供開始日	令和 年 月 日	
	サービス提供終了日	令和 年 月 日	
2	事業者名		
	1箇月の利用量		事業者印
	サービス提供開始日	令和 年 月 日	
サービス提供終了日	令和 年 月 日		
3	事業者名		
	1箇月の利用量		事業者印
	サービス提供開始日	令和 年 月 日	
サービス提供終了日	令和 年 月 日		
4	事業者名		
	1箇月の利用量		事業者印
	サービス提供開始日	令和 年 月 日	
サービス提供終了日	令和 年 月 日		

(4)

移動支援事業利用承認内容

利用承認期間	
身体介護の有無	
1箇月当たりの利用可能上限時間数	
(予備欄)	

(様式第2号表)

「移動支援」に関する利用承認書兼利用者証
※「移動支援」のみの受給者証となっている

- 注意事項
- 1

サービスを受けようとするときは、必ずこの証を受託事業者に提示してください。
- 2

利用承認期間を経過したときは、サービスの利用が受けられませんので、利用承認期間を経過する前に、この証を添えて、利用の再申請をしてください。
- 3

1 箇月当たり利用可能上限時間数の変更をする必要がある場合は、変更の申請をすることができます。
- 4

この証の 1 ページ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、にその旨を届け出てください。
- 5

利用承認期間内に、居住地を他の市町村に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、にご連絡ください。
- 6

この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、に返却してください。
- 7

利用者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を、に返却してください。
- 8

不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 問い合わせ先

「移動支援事業利用承認書兼利用者証」のほかに
「心身障害者巡回入浴サービス決定通知書」、
「心身障害者巡回入浴サービス事業受給申請却下通知書」、
「心身障害者巡回入浴サービス事業資格消滅通知書」、
「地域活動支援センター利用承認書」、
「地域活動支援センター（創作的活動）利用承認書」がある

(参考2)C市の日常生活用具の様式(1/2)

申請書

第1号

日常生活用具の1品目で
ある住宅改修は別様式

第1号様式(第6条関係)

日常生活用具費支給申請書

住宅設備改善費支給申請書

宛て 申請日 年 月 日

(申請者) (対象者が18歳未満のときは保護者)

住 所 _____ 丁目 番 号 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

下記のとおり日常生活用具費の支給を申請します。

対 象 者	住 所	丁 目 番 号			
	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	電話番号	
身体障害者手帳	手 帳 番 号	第 号	種別等級	種 級	
愛の手帳	手 帳 番 号	第 号	程 度	度	
精神障害者 保健福祉手帳	手 帳 番 号	第 号	等 級	級	
障 害 名 難 病 名					
用 具 名 称			年 月 ~ 年 月 分		
事 業 者 名					
☐ 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。					

宛て 申請日 年 月 日

(申請者) (対象者が18歳未満のときは保護者)

住 所 _____ 丁目 番 号 _____

氏 名 _____

対象者との続柄 _____

電話番号 _____

下記のとおり住宅設備改善費の支給を申請します。

対 象 者	住 所	丁 目 番 号			
	フリガナ				
	氏 名				
	生 年 月 日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	電話番号	
身体障害者手帳	手 帳 番 号	第 号	種別等級	種 級	
障 害 名 難 病 名					
支 給 種 目	☐ 小規模改修 ・ ☐ 中規模改修 ・ ☐ 屋内移動設備()				
事 業 者 名					
☐ 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。					

記入欄	該当する所得区分		生活保護・低所得・一般・一定所得以上	
	総額 円		申請者またはその保護者が支払うべき金額	公費負担額
			自己負担額 円	円
			超過負担額 円	

(表面)

記入欄	該当する所得区分		申請者またはその保護者が支払うべき金額	
	総額 円		自己負担額 円	公費負担額
			円	円
			超過負担額 円	

(裏面)

(参考2)C市の日常生活用具の様式(2/2)

申請書等

個人番号記入欄

第1号様式(第5条関係)

対象者が18歳以上	対象者	氏名															
	個人番号	個人番号記入欄は裏面 ※ 対象者以外も記入															
配偶者	氏名																
	個人番号																

対象者が18歳未満	対象者	氏名															
		個人番号															
	同一世帯員	氏名															
		個人番号															
		氏名															
		個人番号															
		氏名															
		個人番号															

※個人番号を記入いただいた場合は、個人番号確認書類と身元確認書類を提示(郵送の場合は写しを同封)してください。

< 確認欄 >

番号確認	☐ 1個人番号カード ☐ 2通知カード ☐ 3住民票の写し ☐ 4住民基本台帳の確認 ☐ 5その他	身元確認	☐ 1個人番号カード、 ☐ 6愛の手帳 ☐ 2運転免許証、 ☐ 7在留カード ☐ 3旅券、 ☐ 8その他 ☐ 4身体障害者手帳 ☐ 5精神保健福祉手帳	委任確認	☐ 1委任状 ☐ 2戸籍謄本 ☐ 3住基確認	担当

支給券

日常生活用具費支給券

支給券番号	第	号	支給決定日	令和	年	月	日
氏名				生年月日	年 月 日		
住所							
保護者氏名							
日常生活用具の名称							
日常生活用具事業者	名称						
	所在地						
	電話				FAX番号		
基準額		総額(見積額)		利用者負担額		公費負担額	
金 円		金 円		金 円		金 円	
月額負担上限額				超過利用者負担額		金 円	
金37,200円				金 円			
上記のとおり決定する。 令和 年 月 日							
受領確認	受領年月日	令和	年	月	日	受領者	印
支給確認	確認年月日	令和	年	月	日	確認者	印

日常生活用具費の請求及び受領に関する委任状

宛て
住所
委任者 氏名 印

私(委任者)は、事業者(受任者)に、上記日常生活用具費支給券に記載された公費負担額の請求及び受領に関する権限を委任します。

住所
受任者 氏名 印

「給付券」のほかに
「支給決定通知書」、
「支給内容通知書」がある

問い合わせ先



A000000022008140A

(裏面)

(参考2)D市の移動支援事業等の様式(1/4)

申請書等

移動支援、地域活動支援センター、訪問入浴、日中一時支援ごとに申請書が異なる

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

移動支援事業利用申請書

様

移動支援事業を利用したいので申請します。

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	生年月日
利用児者名	続 柄	
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神保健福祉手帳番号

移動支援

他のサービスの利用状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援() 要介護 1 2 3 4 5

使用中のサービスの種類と内容等

申請する支援の種類・内容	種 類	☐ 身体介護を伴わない ☐ 身体介護を伴う ☐ グループ支援	時間
	内 容		

移動支援の記載欄

利用者負担額を決定するために、世帯の課税状況等について調査することに同意します。

同意者氏名

印

様式第1号(第6条関係)

年 月 日

地域活動支援センター事業利用申請書

様

地域活動支援センターを利用したいので申請します。

申請者	フリガナ	個人番号
	氏 名	生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	居 住 地	電話番号
フリガナ	生年月日	
利用者名	続 柄	
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神保健福祉手帳番号

地域活動支援センター

他のサービスの利用状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援() 要介護 1 2 3 4 5

使用中のサービスの種類と内容等

申請する支援の種類・内容	種別	☐ 地域活動支援センター I 型(希望施設) ☐ 地域活動支援センター II 型(希望施設) ☐ 地域活動支援センター III 型(希望施設)
	内 容	

地域活動支援センターの記載欄

(参考2)D市の移動支援事業等の様式(2/4)

申請書等

(表)

様式第1号(第5条関係)
訪問入浴サービス事業利用(新規・継続・変更)申請書

年 月 日

様

申請者 住所
氏名
対象者との続柄 ()

訪問入浴

次のとおり訪問入浴サービス事業を利用したいので申請します。

対象者	住所	電話番号	年 月 日 (満 歳)	
	ふりがな氏名	男・女		
障害者手帳	身体障害者手帳 第 号	障害支援区分	区分	
指定難病	病名 ()	医療費受給者証 ()		
家族構成	氏名	続柄	住所(利用者と異なる場合)	緊急連絡先
訪問入浴を希望する理由				
希望利用回数	週()回 ・ 2週1回 ・ 月1回 ・ その他()			
家庭での入浴状況	1 家族介護による入浴 (日に一度) 2 清拭のみ 3 ヘルパーによる入浴 (日に一度) 4 いずれもほとんどできない			
他事業での入浴状況	1 生活介護 2 日中一時支援 3 その他 (合計: 月・週 回)			
主治医	所在地	電話番号		
	医療機関名	医師名		

①利用者負担額の決定に当たり必要となる対象者及びその者が属する世帯の世帯員の収入状況等について、関係部署に照会し確認すること

②利用対象者身体状況等調査、入浴診断書・意見書の全部又は一部、その他必要な情報を から受託事業者に提示すること

上記に同意します。

同意者氏名 印

(裏)

移動浴槽車の訪問先について(新規登録・変更登録)

家の状況	家の形態	1 木造・鉄筋平屋建 2 木造 階建(アパート・その他) 階 3 鉄筋 階建(公団・マンション・その他) 階
	浴槽搬入口	1 玄関 2 その他 ()
	給排水場所	1 浴室 2 洗面所 3 その他 ()
	入浴場所	1 和室 畳 2 洋室 畳 3 その他 ()
	移動浴槽車駐車場所	1 自宅 2 近隣地 3 路上

駐車場所から入浴場所までの距離 約 m

自宅までの略図(付近の目標等を記入してください)

入浴場所位置図(入浴する部屋を中心とした部屋の見取図)

訪問入浴のみ、別途「利用対象者身体状況等調査兼誓約書」、「入浴診断書・意見書」あり

(参考2)D市の移動支援事業等の様式(3/4)

申請書等

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

様

日中一時支援事業利用申請書

日中一時支援

次のとおり日中一時支援事業を利用したいので次のとおり申請します。

申請者	ふりがな氏名	生年月日	年 月 日
	居住地	電話番号	
	個人番号		
支給申請に係る児童氏名	ふりがな	生年月日	年 月 日
	児童氏名	続柄	
	個人番号		
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神保健福祉手帳番号	
利用希望施設名			

個人番号欄あり

個人番号欄あり

日中一時支援の記載欄

日中一時支援の記載欄

利用者負担額を決定するために、世帯の課税状況等について調査することに同意します。

同意者氏名

印

様式第3号(第11条関係)

年 月 日

様

日中一時支援のみ、高額請求書がある

日中一時支援事業高額サービス費支給請求書

請求者	フリガナ	受給者証番号	
	支給決定障害者等氏名		
	生年月日	明・大・昭・平	年 月 日
	居住地	〒	
		電話番号	
フリガナ			続柄
保護者名(支給決定障害者等が児童の場合)			

上記の支給決定障害者等に係る 日中一時支援事業高額サービス費について、下記のとおり請求します。

記

請求金額	円
申請に係るサービス利用月	年 月分

上記に関する日中一時支援事業高額サービス費を以下の口座に振り込んで下さい。

金融機関名	銀行 ・ 信用金庫 ・ 信用組合 ・ 農協		
本支店名	口座種別	当座 ・ 普通	
口座番号	ふりがな名義		

(参考2)D市の移動支援事業等の様式(4/4)

受給者証等

移動支援、地域活動支援センター、
日中一時支援に対応した受給者証

様式第3号(第7条関係)

32

地域生活支援事業受給者証		
支給決定障害者等障害児	番号	
	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	交付年月日	
支給市町村名及び印		

33

地域生活支援事業の支給決定内容		
移動支援	支給決定期間	
	支給量等	
	利用者負担	
地域活動支援センター	支給決定期間	
	支給量等	
利用者負担		

34

地域生活支援事業の支給決定内容			
日中一時支援	支給決定期間		
	支給量等		
	利用者負担	利用者負担上限月額	円
特記事項欄			
(予備欄)			

訪問入浴は、事業者宛の依頼書

様式第5号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

訪問入浴サービス依頼書

下記の者に、訪問入浴サービスを実施することを決定したので、依頼いたします。

記

氏名		男女	年 月 日(満 歳)
住所			電話
開始時期	年 月 日		
実施するサービス	訪問入浴サービス		
備考			

添付書類

1 訪問入浴サービス利用申請書(写)

2 診断書(写)

「受給者証」、「訪問入浴サービス依頼書」のほかに
「移動支援事業利用決定(却下)通知書」、「地域生活支援事業決定通知書」、「地域生活支援事業却下決定通知書」、「日中一時支援事業利用決定(却下)通知書」、「訪問入浴サービス利用決定(変更・却下)通知書」がある

(参考2)D市の日常生活用具の様式

申請書等

様式第1号(第4条関係)

日常生活用具 給付・貸与 申請書

様

「申請書」のほかに
「支給意見書」、
「調査書」がある

申請者 住所
氏名
(対象者との続柄)

年 月 日

次のとおり、日常生活用具の 給付・貸与 を申請します。

負担額の決定にあたり、住民登録資料、課税状況等を確認することに同意します。

対象者	氏 名	生年月日	年 月 日	性別	男・女
	住 所	TEL			
	個人番号	個人番号欄あり			
	身体障害者手帳番号	第 号	(年 月 日交付)		
	障害名	障害等級			
	療育手帳番号	障害程度			
世帯の状況	精神保健福祉手帳番号	障害程度判定区分	1 2 3 4 5 6		
	疾患名				
	氏 名	個人番号	対象者との続柄	生年月日	職 業
	備考(対象者に対する介護の状況)				
給付(貸与)を希望する理由					
該当する所得区分	1 生活保護	2-1 低所得1 2-2 低所得2	3 一般世帯	4 一定所得以上	
世帯範囲の特例に関する認定	□下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。				
	1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。				
生活保護への以降予防措置に関する認定		□生活保護への以降防止措置を希望します。			
給付(貸与)を受けたい用具の名称			希望する形式規模		
給付(貸与)上特に希望する事項					
備考	以前給付を受けた場合 年 月 日給付 用具名				

給付券

様式第6号(第6条関係)

日常生活用具給付券

1)給付番号	第 号	2)給付券発行年月日	年 月 日	
3)対象者氏名	4)生年月日(年齢)		年 月 日生(歳)	
5)居 住 地				
6)扶養者名		7)対象者との続柄		
8)用具名	9)価 格	10)給付を受ける本人の負担額	11)公費負担額	
特殊寝台	円	円	円	
12)納入業者名		13)業者の住所		
14)この券の有効期間	受給者が納入業者に提示する期限	年 月 日	業者の公費支払請求期間	年 月 日
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日				
15)業者の納付した日	16)扶養義務者より受領した額	17)受領業者名及び年月日		
年 月 日	円	年 月 日		
18)用具受領者氏名	検収者氏名		職名氏名	
19)その他の特記事項	「給付券」のほかに「給付決定通知書」、「貸与決定通知書」、「却下決定通知書」がある			

(注) 本表は、1)~14)までは町で、15)~17)までは納付した業者が、18)は受領者が記入すること。

(参考2)E市の移動支援事業等の様式(1/5)

利用申請書

移動支援、日中一時支援、訪問入浴、地域活動支援センターごとに申請書が異なる

様式第1号(第5条関係)

様式第1号(第5条関係)

移動支援事業利用申請書

移動支援

日中一時支援事業利用申請書

日中一時支援

様

移動支援事業を利用したいので、

移動支援事業実施要項第5条の規定により下記のとおり申請します。

(☐新規 ☐変更 ☐更新)

申請者	フリガナ	生年月日	年	月	日
	氏名				
	居住地	電話番号			
フリガナ	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、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳番号又は難病疾患名					

他の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	有無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	年	月	日	
	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 1 2	要介護 1 2 3 4 5			
		利用中のサービスの種類と内容等							

移動支援の記載欄

希望支給量	時間/月	申請理由
-------	------	------

(同意書)

私は、移動支援事業申請に係る利用決定にあたり、利用者負担額を決定するために、この事務を行う者が、申請者の届する世帯の前年分(1月から8月までの申請にあたっては、前々年分)の課税状況を調査することに同意します。

年 月 日

氏名 印

申請書提出者	☐ 申請者本人(下欄の氏名等記入不要)	☐ 申請者本人以外(下欄の氏名等を記入)
	氏名	申請者との関係
	住所	電話番号

「利用申請書」のほかに「診断書」がある

様

日中一時支援事業を利用したいので、

日中一時支援事業実施要項第5条の規定により下記のとおり申請します。

(☐新規 ☐変更 ☐更新)

申請者	フリガナ	生年月日	年	月	日
	氏名	個人番号:			
	居住地	個人番号欄あり			
フリガナ	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、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳番号又は難病疾患名					

個人番号欄あり

個人番号欄あり

他の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	有無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	年	月	日	
	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 1 2	要介護 1 2 3 4 5			
		利用中のサービスの種類と内容等							

日中一時支援の記載欄

希望支給量	日	申請理由
-------	---	------

(同意書)

私は、日中一時支援事業申請に係る利用決定にあたり、利用者負担額を決定するために、この事務を行う者が、申請者の届する世帯の前年分(1月から8月までの申請にあたっては、前々年分)の課税状況を調査することに同意します。

年 月 日

氏名 印

申請書提出者	☐ 申請者本人(下欄の氏名等記入不要)	☐ 申請者本人以外(下欄の氏名等を記入)
	氏名	申請者との関係
	住所	電話番号

(参考2)E市の移動支援事業等の様式(2/5)

利用申請書

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

重度身体障害者訪問入浴サービス事業利用申請書

様

重度身体障害者訪問入浴サービス事業を利用したいので、サービス事業実施要項第5条の規定により下記のとおり申請します。

重度身体障害者訪問入浴

訪問入浴

(☐新規 ☐変更 ☐更新)

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	居 住 地				
	フリガナ			電話番号	
	支給申請に係る児童氏名			生年月日	年 月 日
				続 柄	
	身体障がい者手帳	手帳番号	第 号	総合級	障がい名
	介護保険サービス	要介護認定	有 無	要介護度	要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5
	申請理由				
	更新の場合 ☐ 前回同様				
(同意書)					
私は、重度身体障害者訪問入浴サービス事業申請に係る利用決定にあたり、利用者負担額を決定するために、この事務を行う者が、申請者の届する世帯の前年分(1月から6月までの申請にあたっては、前々年分)の課税状況を調査することに同意します。					
年 月 日					
氏名					

申請書提出者	☐ 申請者本人(下欄の氏名等記入不要)		☐ 申請者本人以外(下欄の氏名等を記入)	
	氏 名			申請者との関係
	住 所			電話番号

「利用申請書」のほかに「重度身体障害者訪問入浴サービス事業利用に係る医師意見書」がある

利用申請書

様式第1号(第5条関係)

地域活動支援センター

地域活動支援センター利用申請書

年 月 日

様

申請者 住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

地域活動支援センターを利用したいので、地域活動支援センター事業実施要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	住 所				
	身体障害者手帳番号	療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	
他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期限
		利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 () ・ 要介護 1 2 3 4 5
利用中サービスの種類と内容等					
備考					

(参考2)E市の移動支援事業等の様式(3/5)

利用変更届

様式第3号(第7条関係)

年 月 日

地域活動支援センター利用変更届

地域活動支援センター

様

申請者 住 所

氏 名

対象者との続柄

電話番号

印

地域活動支援センター事業実施要綱第7条の規定により、下記のとおり通知します。

申請者等	フリガナ			年 齢	歳
	氏 名			生年月日	年 月 日
	居住地			電話番号	
フリガナ			生年月日	年 月 日	
決定に係る児童氏名			続 柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	
等級		等級		等級	

変更事項	変 更 前	変 更 後
氏名等		
居住地		
その他		
変更年月日		

(参考2)E市の移動支援事業等の様式(4/5)

通知書

様式第3号(第6条関係)

移動支援、日中一時支援、訪問入浴、地域活動支援センターごとに通知書が異なる

年 月 日

様式第3号(第6条関係)

年 月 日

移動支援事業利用決定(却下)通知書

移動支援

日中一時支援事業利用決定(却下)通知書

日中一時支援

様

様

印

印

移動支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり通知します。

日中一時支援事業実施要綱第8条の規定により、下記のとおり通知します。

記

記

1 決定

1 決定

受給者番号	支給決定障がい者 (保護者)氏名	
支給決定日	年 月 日	支給決定に係る 児童氏名
支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
利用者負担上限月額	円	
移 動 支 援	月	時間
特記事項		

受給者番号	支給決定障がい者 (保護者)氏名	
支給決定日	年 月 日	支給決定に係る 児童氏名
支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
利用者負担上限月額	円	
日中一時支援事業	日 (区分:)	
特記事項		

2 却下

2 却下

却下理由

却下理由

受給者証を兼ねる

(注意事項)

(注意事項)

- 1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。
- 2 記載事項等に変更があったときには、にその旨を届出て下さい。

- 1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。
- 2 記載事項等に変更があったときには、にその旨を届出て下さい。

(不服申立て及び取消訴訟)

(不服申立て及び取消訴訟)

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定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。)
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、を被告として(訴訟において、を代表する者は、となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。)。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定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。)
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、を被告として(訴訟において、を代表する者は、となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。)。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

「利用申請書」のほかに「重度身体障害者訪問入浴サービス事業利用に係る医師意見書」がある

(参考2)E市の移動支援事業等の様式(5/5)

通知書

様式第3号(第6条関係)

年 月 日

重度身体障害者訪問入浴サービス事業利用決定(却下)通知書

様

訪問入浴

重度身体障害者訪問入浴サービス事業実施要綱第6条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

支給決定障がい者 (保護者)氏名	支給決定障がい者 (保護者)住所		
支給決定に係る 児童氏名	支給決定日	年 月 日	
支給期間	年 月 日	～	年 月 日
利用回数			
利用者負担	円		
特記事項			

2 却下

却下理由	
------	--

(注意事項)

- 1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。
- 2 記載事項等に変更があったときには、にその旨を届出下さい。

(不服申立て及び取消訴訟)

- 1 この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、長に対して審査請求をすることができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定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。)
- 2 この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、を被告として(訴訟においてを代表する者はとなります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。)。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

受給者証を兼ねる

通知書

様式第2号(第6条関係)

地域活動支援センター

地域活動支援センター利用決定(却下)通知書

年 月 日

様

印

年 月 日付で申請のありました地域活動支援センターの利用について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 決定

フリガナ	生年月日	年 月 日
氏 名		
住 所	電 話	—
内 容		

2 却下

却下理由	
------	--

「利用決定(却下)通知書」のほかに「取消通知書」がある

教示

この決定に不服がある場合は、行政不服審査法(昭和37年法律第160号)の規定により、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日以内にに対して異議申立てをすることができます。また、この決定の取消しの訴えを提起する場合は、行政事件訴訟法(昭和37年法律第139号)の規定により、この決定があったことを知った日から6月を経過する日までに、を被告として提起しなければなりません。ただし、に対して異議申立てをした場合は、その異議申立てに対する決定があったことを知った日から6月を経過する日まで提起することができます。

(参考2)E市の日常生活用具の様式

申請書等

様式第1号(第4条関係)

日常生活用具給付申請書

年 月 日

様

申請者

住所

氏名

印

(給付対象者との続柄)

日常生活用具の給付(貸与)を受けたいので、日常生活用具給付等事業実施要綱第4条の規定の
より、下記のとおり申請します。

記

区 分	1. 身体障害者・児 2. 知的障害者・児 3. 精神障害者・児 4. 難病患者等					
氏 名	男・女	生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日			
住 所	丁 目 番 号		電 話	—		
身体障害者 手 帳	府・県・市 道・都 第 号	交付年 月 日	年 月 日			
障 害 名	障害等 級		級			
療 育 手 帳	第 号 (年 月 日交付)	総合判定 A・B1・B2				
精神障害者 保健福祉手帳	第 号 (年 月 日交付)	障害等級 級				
難病疾患名						

給付(貸与)を受けたい 用 具 の 名 称	希望す る型式
給付(貸与)を希望する 理 由	
希 望 す る 業 者 名	
備 考	「申請書」のほかに「難病診断書」、 「調査書」、「居宅生活動作補助用具 の設置工事完了届」、「日常生活用具 給付費支払請求書」がある

給付券

日常生活用具給付券

給 付 番 号	第 号	給 付 決 定 日	年 月 日
氏 名		生 年 月 日	年 月 日
住 所			
保 護 者 氏 名		続 柄	
給 付 す る 用 具 名 (型式、規模等)			
下記の事業者を代理受領業者と定め、日常生活用具の請求、給付券の提出に関して委任します。 氏 名 印			
業 者 名 称			
所 在 地			
電 話	代理受領の権限を受任します。 代表者名 印		
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			
0円			
上 記 の と お り 決 定 す る。 年 月 日			
この券の 有効期限	受給者が業者に提示する期限 業者の公費支払請求期限		
業者の納入した日	給付を受けた者又は扶養 する者により受領した額	受領業者名及び年月日 印	
判 定 査 査 受 領	「給付券」のほかに「給付決定通知 書」、「却下決定通知書」、「点字図 書発行証明書」がある		
人 関 係 本人	年 月 日 印		