(別紙4) 帳票レイアウト

大項目 帳票タイトル 頁番号 障害者福祉 十 1. 障害者福祉共通 01. 宛名シ 2. 身体障害者手帳 . . . 3 02. 身体障害者手帳交付(再交付)に 03. 身体障害者手帳交付決定通知書 07. 身体障害者更生指導台帳 08. 身体障害者更生指導台帳(指導記錄) 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 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 3. 療育手帳 . . . 20 03. 療育手帳交付決定通知書 療育手帳再判定のお知らせ 07. 知的障害者更生指導台帳 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) 4. 精神障害者保健福祉手帳 36)1. 障害者手帳交付証明書 02. 障害者手帳交付(再交付) 03. 障害者手帳交付決定通知書 06. 障害者手帳交付申請者一覧(進達) 08. 障害者手帳(紙様式) 5. 国制度手当 01. 認定通知書 02. 認定請求却下通知書 44 03. 再認定通知書 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 11. 所得状況届の提出に関するご案内 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 19. 受給者台帳 (表面) 20. 受給者台帳 (裏面) 22. 支払通知書 24. 口座振込依頼書 D1. (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 6. 障害福祉サービス等 (受給者管理) . . . 71 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 33. (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 4. 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 15.計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書)6.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) 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) 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 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(介護給付費等) 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

<u>一良</u>			
大項目	帳票タイ	(トル	頁番号
		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i	通知書 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	
		支援区分認定証明書 福祉サービス受給者証	
		相談支援受給者証	
		介護医療受給者証 受給者証	
		不自由児通所医療受給者証	
		(給付)決定取消通知書 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)	
		保険要介護認定申請のお知らせ 支援区分更新のお知らせ	
		期間更新のお知らせ	
		者負担適用期間更新のお知らせ ビス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書	
	- 30. 9	L 八寸利用計画来。障害先又拨利用計画来從山依賴音	
7. 障害福祉サービス等 (給付管理)		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 株 保認に関する届出書	 114
		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	
		頁に係る委任状 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	
		四十三年の五弟八頃に規定する高額障害福祉サービス等和刊費の関に係る委任状(生活保護)	
	⊢ 04. 令第 付のお知	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	
	∟ 05. 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 ⊢ 06 高額	知らせ 障害児(通所・入所)給付費給付のお知らせ	
	□ 07. 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 08 会第	情 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	
	給申請語		
		障害児(通所・入所)給付費支給申請書 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(不言	支給) 決定通知書	
		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 を給)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	
	ト <u>13. 口座</u> ト 14. 支払	振込依頼書	
	15. 支出		
8. 自立支援医療(更生医療)	一 01. 自立	支援医療受給者証(表面)	 129
	├ 02. 自立	支援医療受給者証(裏面)	
	├ <u>03. 判定</u> ├ 04. 調査		
	├ 05. 認定 ├ 06. 却下	決定通知書	
		週 双音 支援医療費支給認定申請書	
		負担上限額管理票 決定通知書	
		認定決定のお知らせ	
9. 自立支援医療(育成医療)	— 01 自立	支援医療受給者証(表面)	 139
1. 日至人族起源(自然起源)	├ 02. 自立	支援医療受給者証(裏面)	100
	├ <u>03. 認定</u> ├ 04. 却下	決定通知書 通知書	
	├ 05. 自立	支援医療費支給認定申請書	
	├ <u>06. 自己</u> ├ 07. 審査	<u>負担上限額管理票</u> 佐頓聿	
	├ 08.調査	書	
		決定通知書 認定決定のお知らせ	
10. 自立支援医療(精神通院医療)		リスト 支援医療受給者証	 149
	├ 03. 自己	負担上限額管理票	
		通知書 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	<u>=</u>	
11. 補装具	—————————————————————————————————————		 156
	├ <u>02. 判定</u> ├ 03. 判定		
		具費支給決定通知書	
	├ 別添	様式例第8(1)号補装具費支給券 様式例第8(2)号補装具費支給券	
		様式例第8(3)号補装具費支給券 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	
		具費支給決定のお知らせ (事業者向け)	
12. 特別児童扶養手当	一 01. 市町	村_特別児童扶養手当受給資格者名簿(表面)	 166
	├ 02. 市町	村_特別児童扶養手当受給資格者名簿(裏面)	
		都市_特別児童扶養手当受給資格者台帳(表面) 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	
		児童扶養手当証書受領書 児童扶養手当住所・支払金融機関変更届処理済報告書	
		の交付について	
	□ ∪3. 診断	書の提出について	

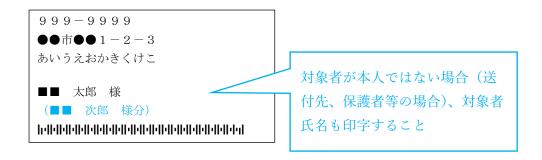
大項目

10 所得状況届の提出について

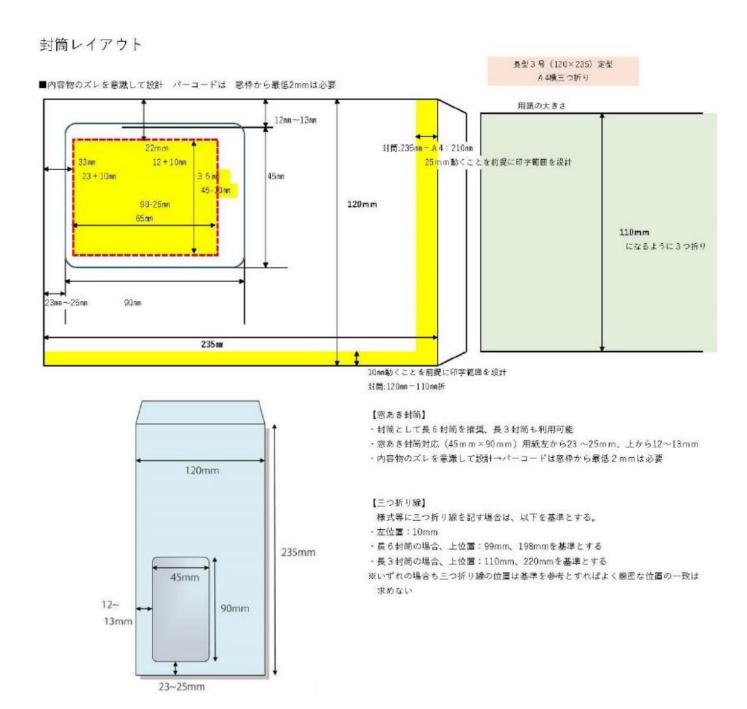
12. 现得依况准

頁番号

		対象者が本人ではない場合(送
9 9 9 - 9 9 9 9	999-9999	付先、保護者等の場合)、対象者
●●市●● 1 - 2 - 3	●●市●● 1 - 2 - 3	氏名も印字すること
あいうえおかきくけこ	あいうえおかきくけこ	MU 0H1 1 7 3 C C
 ■■ 太郎 様	■■ 太郎 様	
(■■ 次郎 様分)	(■■ 次郎 様分)	
		444444444
9 9 9 - 9 9 9 9	999-9999	
●●市●● 1 - 2 - 3	● ● ● ● 1 - 2 - 3	
あいうえおかきくけこ	あいうえおかきくけこ	
■■ 太郎 様	■■ 太郎 様	
(■■ 次郎 様分)	(■■ 次郎 様分)	
		11-11-11-11-11-1-1
9 9 9 - 9 9 9 9	999-9999	
●●市●● 1 - 2 - 3	●●市●● 1 - 2 - 3	
あいうえおかきくけこ	あいうえおかきくけこ	
■■ 太郎 様	 ■■ 太郎 様	
(■■ 次郎 様分)	(■■ 次郎 様分)	
10		वानानानानानन
999-9999	999-9999	
●●市●● 1 - 2 - 3	●●市●● 1 - 2 - 3	
あいうえおかきくけこ	あいうえおかきくけこ	
■■ 太郎 様	■■ 太郎 様	
(■■ 次郎 様分)	(■■ 次郎 様分)	
		वानावानावाना
999-9999	999-9999	
●● 市 ●● 1 - 2 - 3	●●市●● 1 - 2 - 3	
あいうえおかきくけこ	あいうえおかきくけこ	
 ■■ 太郎 様	■■ 太郎 様	
(■■ 次郎 様分)	(■■ 次郎 様分)	
1:11:11:11:11:11:11:11:11:11:11:11:11:1		4010101010101
999-9999	999-9999	
●● 市 ●● 1 - 2 - 3	●●市●● 1 - 2 - 3	
あいうえおかきくけこ	あいうえおかきくけこ	
 ■■ 太郎 様	■■ 太郎 様	
(■■ 次郎 様分)	(■■ 次郎 様分)	
101010101010101010101010101010101010101		444444444
999-9999	999-9999	
●●市●● 1 - 2 - 3	●●市●● 1 - 2 - 3	
あいうえおかきくけこ	あいうえおかきくけこ	
■■ 太郎 様	┃ ■■ 太郎 様	
■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)	(■■ 次郎 様分)	
		444444444



(参考) 宛名部分に対応した封筒レイアウトを以下に示す。



身体障害者手帳交付証明書

〇〇市(町村)長印

下記の者は、身体障害者手帳の交付者であることを証明する。

記

J	氏 名			生年月日	
ſ	生 所				
3	手帳番号			交付日	
ř	総合等級			障害種別	
	障害音	邓位	部位等級	部位認定日	再認定年月
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
障害	洛				

(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

窓空宛名	第		号
	年	月	日

身体障害者手帳交付(再交付)について

○○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、<mark>都道府県名</mark>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	

(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

窓空宛名	第	- 5
	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	等彩	ž l	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日の翌日から起算し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

窓空宛名	第		号
	年	月	E

却下決定通知書

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、下記の理由により 却下することに決定したので通知します。

記

|--|

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

窓空宛名	第		号
	年	月	E

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1 9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		
身体障害者手帳番号		
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

窓空宛名	第 第		号
	年	月	日

身体障害者居住地変更通知書

〇〇市(町村)長 印

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

	اِ	身体	障'	害	者更?	生指導台	i帳	手帳番	番号					
		カナ	氏名	,				生年月	月日					
障害		氏	名					住	所					
保護	養者	氏	名	ı				本人 と 続杯						
初	回交	を付年	月月	3				再交付	付年。	月日				
	総合	含等 総	及				_	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	7
1														
2														
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
障害	害名													
					氏	名		本人。	との約	売柄		<u>/</u>	生年月日	
家														
族														
\LL\														
状														
況														

	身体障害者更生	三指導台帳					
	(指導記録)						
障領	害者		 				
氏	名						
住	所						
	年 月 日	サービス名称	指	導	記	録	
ケ							
1							
ス							
履歴							
/IE							

身体	障害	者更生指導台帳		
自立支	泛援医 療	療 (更生医療)		
障害者 氏 名				
住 所				
年 月	日	内容(医療の具体的方針・有効期間)	負担上限月額	医療機関名

身	∤体	障害	者更生指導台帳		
自	立支	援医療	療(育成医療)		
障害氏	者 名				
住	所				
年	月	目	内容(医療の具体的方針・有効期間)	負担上限月額	医療機関名

身体	障害	者更生指導台帳				
補装具	Ļ					
障害者 氏 名						
住 所						
支給年月		種 目	購・修・借		用額	取扱業者名
	•	E [717 IS 114	公費負担額	本人負担額	

転出先市町村	第		号
	年	月	F

身体障害者更生指導記録票の送付について

○○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		
氏 名	生年月日	
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

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)

○○市(町村)長

下記の交付申請等について進達します。

記

0/0 ページ

	1			1		0/0 /	
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

(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

(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		保護者の権	保護者となっ	福祉事 務所長 又は町	障 (印字)障害名	害	名	備考 (印字)再交付日 + "再交付"
(印字)交付日 +	- " 交付"	現 住 所	転 入 福祉事務 所長又は 町村長印		ト ト 日	又は町 村長印	(日丁)學百石			(四子) 行文的 1 一 行文的
写真	(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						(印字)障害部位ごとの再認定年月 + ″ 再認定 (″ + 障害部位 + ″) ″
(縦4cm×横3cm)	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	=			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 やかに変更の届けを出	ったときは、速 してください。	氏名 続柄 住所			身体障害者等級級別	表による	る (印字)級	

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

申請者

フリガナ								
氏 名				生年	月日	年	月	日
居住地	Ŧ							
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								
氏 名				生年	月日	年	月	日
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)

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。

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

Н	7	⇒ ±	<u> </u>
Ŧ	7	丽	白

フリガナ								
氏 名				生年	月日	年	月	日
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			-1.			_	
氏 名			生年	月日	年	月	日
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	ф	1. 紛失	3. 障害程度の変更	5. 再認定	
生	由	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。

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	化 年 日 口	
氏 名	生年月日	
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

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/ 再交付日
障害程度		再判定年月
氏 名		生年月日
住 所		
/II##/	氏 名	本人との続柄
保護者	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

窓空宛名	第		号
	年	月	日

療育手帳交付(再交付)について

○○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	 この通知書 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

窓空宛名	第		号
	年	月	目

療育手帳交付決定通知書

〇〇市(町村)長印

先に申請された知的障害者福祉法による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」を経過すると療育手帳は無効になりますので、指定された年月には必ず再判 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

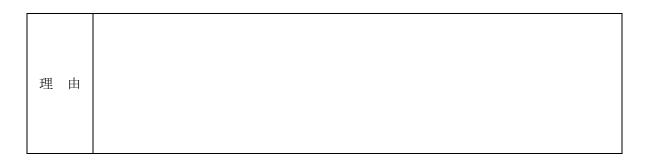
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

窓空宛名	第		号
	年	月	日

却下決定通知書

先に申請された知的障害者福祉法による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



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

窓空宛名	第		Ę
	年	月	F

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 4 cm×横 3 cm 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

窓空宛名	<u>አ</u>			号
	左	F	月	日

知的障害者居住地変更通知書

〇〇市(町村)長 印

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

		知的降	谭害者更生指導台帳	手帳番号		
障害	老	カナ氏	·名	生年月日		
本		氏:	名	住所		
保護	者	氏 名本人と		生 所		
		続柄			T	
初回	交付年	年月日		再交付年月日		
再	判定生	年月		旅客運賃割引		
障	害程	!度		IQ		
			氏 名	本人との続	柄	生年月日
<u> </u>						
家						
族						
状						
況						
					Į.	

	知的障害者更生指導台帳 (指導記錄)								
	(指導	算記録)							
障 氏	害者 名								
住	所								
	左	F 月 日	サービス名称	.	担	導	記	録	
ケー									
ス									
履歴									

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

○○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 氏 名	生年月日
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

進達先	第	号	
	年	月	日

療育手帳の交付等申請者一覧(進達)

○○市(町村)長

下記の交付申請等について進達します。

記

○/○ ページ

0/0 <->								
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

(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

	療	育	手	帳		
	(印字)手帳(印字)交付					号)
写真 (縦4cm×横3cm)	氏名(印字)生年			"生"	,	
	障害の程度 (総合判定)	(印字	:)程度	旅客錄旅 客	跌道株式会社 運 賃 減 額	(印字)種 (第○種)
	_	(印字	*) 市町 都道M		4	冷
	本			λ		
	住所			人	変更年月日	福祉事務所長
(印字)住所					发 义平万 [1	又は町村長印
(日子)生力						
	保	諺	隻	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		
(印字)住所						
住所						
		- (2	2) —			
	Net	定 0	. ==	۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰۰		
障害の程度 (総合判定)	当	 記録(印字)障害名				
(印字)障害程度			(身体障害 (野鹿) (松)			
	判定年月次の判定	(印字)判定日 (印字)再判定年月				
	判定機同	(印字)判定機関				
	Mat	~ وا	_ =-	Ņ⊐		
障害の程度 (総合判定)	当 合併障領	定 <i>の</i> 害)記	録		
					(身体障害	級)
		判定年月日次の判定年月				
	判定機					
		- (3				

	判	定	Ø	記	録		
障害の程度 (総合判定)	合併障	善					
						(身体障害	級)
	判定年	月日					
	次の判定]				
	判定機						
	Val	4	<i>D</i>	≑ ¬	& ∃.		
障害の程度	判	定	の	記	録		
(総合判定)	合併障	害					
						(身体障害	級)
	判定年	月日					
	次の判定	三年月					
	判定機	幾関					
		—	(4)	_			
	判	定	の	記	録		
障害の程度	十川		()	äC	잸		
(総合判定)	合併障	害					
						(身体障害	級)
	判定年	月日					
	次の判定	三年月]				
	判定機						
	判	定	<i>O</i>	記	録		
障害の程度	+1)	足	<i>V)</i>	БĽ	巫K		
(総合判定)	合併障	言				(身体障害	級)
	判定年	月日				(分件)平日	/1927
	次の判定]				
	判定機						
		_	(5)	_			
						(予備欄
		_	(6)				

		 _	(7) –			
療 年 月 日			は(医療・措置・ 項	取扱機関		
		_	(8) -			
		 	者の記録			

+	月	目		事		項			取	扱	機	関
					(10)							
					(10)	<u>—</u>						
			伢	え 護	者(の 記	録					
_												
					(11)							
			☆ 、+□⇒									
		療 [·]	育・相診	炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			
	月				录(医)			教育等	等)		機	
		療 [·]		炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			
		療 [·]		炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			
		療 [·]		炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			
		療 [·]		炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			
		療 [·]		炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			
		療 [·]		炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			
		療 [·]		炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			
		療 [·]		炎の記録	录(医)	療・措		教育等	等)			

			-	- (13)	—				
		療育	・ 相談の記	録(医療	措置	置・教育等))		
年	月	日	事	項			2 扱	機	関
			-	- (14)	—				
				者の					

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) -

第号年月日

障害者手帳交付証明書

〇〇市(町村)長 印

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/ 再交付日	
障害等級	有効期限	
氏 名	生年月日	
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

窓空宛名	第		号
	年	月	日

障害者手帳交付(再交付)について

○○市(町村)長

先に申請のありました障害者手帳について、<mark>都道府県名</mark>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

窓空宛名	第
	年

障害者手帳交付決定通知書

〇〇市(町村)長印

月

号

日

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日の翌日から起算し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

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

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

窓空宛名	第		号
	年	月	F

障害者手帳更新のお知らせ

〇〇市(町村)長 印

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			
有効其	月 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

障害者手帳の交付申請者一覧(進達)

市町村名

年 月 日 ○/○ ページ

N	由禁欠口口	精神障害者	保護者氏名	A-=r.	4.500	申請・届出	江 . [4] 李	希望手 帳様式	工柜平日	自立支	援医療	/#: ±z.
No	申請年月日	(児)氏名	(児童のみ)	住所	生年月日	の種類	が 添付書類	手帳番号	申請区分	受給者番号	備考	

進達先	第		号
	年	月	日

障害者手帳の進達伺一覧

○○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
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

※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。 (縦9cm、横6cm×4面) 別紙様式4 障害者手 帳 (印字)交付日 備 考 交付日 有効期限 (印字)有効期限 (更新) 写真 (縦4cm×横3cm) (更新) (更新) (更新) 氏 名 (印字)氏名 住 所 (印字)住所 (印字)市町村名/ 注1) 住所や氏名が変わったとき 公印 都道府県名 は、変更届を出してください。 生年月日 (印字)生年月日 注2) 更新の申請は、有効期限の 障害等級 (印字)障害等級 3か月前から市町村役場で行う 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 (印字)手帳番号 ことができます。 手帳番号

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<u>手 当 名</u>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 E

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

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が、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

福祉事務所長即

(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

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	有期認定金	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

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 目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

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<u>手</u>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

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		

あなたの<u>手</u>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

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<u>手</u>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

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<u>手</u>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

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

(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

窓空宛名	第
	年

手 当 名の診断書の提出について

福祉事務所長

号

日

月

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

窓空宛名	第 年		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

						<u> </u>				十 万	
○○年度	<u>.</u>									0/0 ~	<u>ページ</u>
認定番号	世帯	<u>氏</u> 住 続柄	名 所 生年月日	住民区分 所得確定 年齢	前年支給状況 転入日 資格喪失日	所 得 額	控	除	扶養人数	本人該当	備考
		מלה אינה אינה	工 生 土 日 日	一十一国巾	貝俗式入口	総所得額	雑損		⑧扶養	障害	
						771 TO TIE	医療費		の老人	特障害	
						繰越損失額	掛金		の特定	寡 婦	
							配偶者		障害	ひとり	
						その他所得額	保険料		特障害	勤学	
						総所得額	雑損		⑧扶養	障害	
						がむ /2 1寸 fg	医療費		の老人	特障害	
						操越損失額	掛金		① 特定	寡 婦	
							配偶者		障害	ひとり 勤 学	
						その他所得額	保険料		特障害	勤学	
						総所得額	雑 損		⑧扶養	障害	
							医療費		⑦老人	特障害	
						繰越損失額	掛金		① 特定	寡 婦	
						深越損大領	配偶者		障害	ひとり	
						その他所得額	保険料		特障害	勤学	
						総所得額	雑 損		⑧扶養	障害	
							医療費		⑦老人	特障害	
						繰越損失額	掛金		分 特定	寡 婦	
						深越損大領	配偶者		障害	ひとり	
						その他所得額	保険料		特障害	勤学	
						総所得額	雑 損		⑧扶養	障害	
						校 月 付 領	医療費		⑦老人	特障害	
						繰越損失額	掛金		分 特定	寡婦	
						深巡頂大領	配偶者		障害	ひとり	
						その他所得額	保険料		特障害	勤学	
						総所得額	雑 損		⑧扶養	障害	
							医療費		⑦老人	特障害	
						編 栽 掲 生 類	掛金		の 特定	寡 婦	
						繰越損失額	配偶者		障害	ひとり	
						その他所得額	保険料		特障害	勤学	
						% 	雑 損		⑧扶養	障害	
						総 所 得 額	医療費		の老人	特障害	
						编	掛金			寡婦	
						繰越損失額	配偶者		障害	ひとり	
						その他所得額	保険料		特障害	勤学	

窓空宛名						0 0 0 0 0 0 2 0 A
					認定番号	
		 特別	川障害者手	当現況	届 (年度)
受 給 者	フリガナ 氏 名				生年月日	
	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	□入所中 年	□ □入所予定 月 日から	Ē	E1年以内 F 月 F 月	に) 入所していた 日から 日まで	□入所していない
入所状况	施設名					
					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	□入院中 年	□ □入院予定 月 日から	左	E1年以内 F 月 F 月	に)入院していた 日から 日まで	□入院していない
入院状況	病院名(2	介護老人保健施設	を含む)			
		□受給	している]申請中		
(受給者のみ)	年生	金の名称	年金の和	重類	年金額 (受取額)	
公的年金の 受 給 状 況					Р	□受給していない
X //10 1/1 //L					Р	9
(注意)障害 ⁴ 込通知書や通	1老齢年金 手金・遺族年 長の写し等)	2障害年金 3遣 金・寡婦(夫)年会 、また前年度に年	i族年金 4退収 をの受給者は前 全を受給開始	戦年金 5 5年中に受		「婦(夫)年金 7その他 認できるもの (年金振
(受給者のみ) 未満の児童の		〔における16歳. 〕扶養状況	以上19歳	□扶養し	ていた (人)	□扶養していない
上記のとおり	の届出します	。なお、手当の	受給資格の確認	認にあた	り、必要に応じて」	- 記に係る者の介護保
険台帳及び公	的年金の受給	合状況等の確認を	受けることに	同意しま	す。	
年	月	目				
市区町村長名	あて		受給者氏	名		
			届出人戶			
			(受給者と	の続柄	連絡先)
				*	記名押印に代えて自署	署することができます

窓空宛名									0 0 0 0 0 2 0 A
								通番	
								認定番号	
				障害児	見福祉手当	当現況	届	(年	连度)
	フリ	ガナ							
受 給 者	氏	名						生年月日	
	住	所						電話番号	
配偶者	氏	名				住所			
扶養義務者	氏	名	(受給者	台との続柄)	住所			
		入所中		入所予定	□(過去	1年以内	に)	入所していた	
(受給者のみ)		年	月	日から	年			目から 日まで	□入所していない
施設への入所状況	施記	29名							
	※通	所施設	・短期フ	人所・グルー	ープホーム等	は施設入	、所に	こあたりません	
(受給者のみ)				口受給して	ている 🗆	申請中			
公的年金の 受給状況		年金	金の名称		年金の種	類	-	基礎年金番号	□受給していない
※年金の名称	1国月	民年金	2厚生4	 年金 3共済	· 年金 4船員	年金 5	 i恩給	6労災年金 7	<u> </u> 'その他
※年金の種類	1障割	害年金	2障害	補償年金					
上記のとお 金の受給状況						にあたり	り、卓	必要に応じて上 詞	記に係る者の公的年
4	Ę J	目	日						
市区町村長名	あて	-			受給者氏	名			
					届出人氏	名			
					(受給者と			連絡先)
						*	記名:	押印に代えて自罢?	することができます

窓空宛名						0 0 0 0 0 2 0 A
					通 番 認定番号	
		経過	的福祉手	当現況	届(年	三度)
	フリガナ				生年月日	
受 給 者	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		
	□入所中		□(過去	1年以内	に)入所していた	
(受給者のみ)	年	月 日から	年		日から 日まで	□入所していない
施設への入所状況	施設名					
	※通所施設	・短期入所・グル	ープホーム・	有料老力	しホーム等は施設入戸	近あたりません
(巫公老のひ)		□受給し	ている []申請中	_	
(受給者のみ) 公的年金の	年金	金の名称	年金の種	類	基礎年金番号	□受給していない
受給状況						
※年金の名称	1国民年金	2厚生年金 3共2	斉年金 4船員	年金	5恩給 6特別障害給何	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) 未満の児童の		京における16歳以 D扶養状況	上19歳	扶養し	ていた (人)	□扶養していない
	的年金の受給	r。なお、手当の受 給状況等の確認を受 日				記に係る者の介護保
市区町村長名	あて		受給者氏			
			届出人氏 (妥公老)		\ 士 \	
			(受給者と		連絡先 ・記名押印に代えて自署・	ー ー) オストレができます

様式第三号(第二条・第五条関係)

								※ 受	を付	左	F	月	日言	忍定	番号		
						障害児福祉書	手当	(福	祉手	=当)	戸	斤得北	犬況届	ı İ			
1	受	給	資	格	者	(フリガナ) 氏名 住所								"個,	人番号		
2	配		偶		者	(フリガナ) 氏名				個人都	番号			住戸	f		
3	扶	養	義	務	者	(フリガナ) 氏名 (受給資格者との続杯	j)			個人都	番号			住別	Ť		
4						年 所 得	(5)	受給	資格	者	6)配	偶 者		7	扶養	義務者
8	ち は 、 扶 登 1	送人扶 ⑦70 麦親族 6 歳以	養親 歳以 の合	族の上の計数	数(5 同一5 、 ① \$	養親族の合計数(う 受給資格者について 生計配偶者及び老人 時定扶養親族の数、 の控除対象扶養親族	(P) (A) (B)		J		(人)	(人 人)
9	の数	()) 得	ļ	額				円	*	⑦円		円	* (1)	円		円	※ ⑦ 円
	10	障害同一	者 (生計i	特別配偶	障害 者及て			人		円		人		円		人	円
控	(1)	特別扶養	障害親族	者ではの数	ある[同一生計配偶者及び		人		円		人		円		人	円
	12	障害 親・	者・ 勤労	特別者学生	障害 生の別	著者・寡婦・ひとり 別	寡・ひ。り・勤	브		円	障· 勤	持障・		円	障・特象・で	1 7	円
	(13)							円		円		円		円		円	円
	(13)							円		円		円		円		円	円
除	14)	社会	会保障	食料等	幹相当	i額		円		円				円			円
15	控队	余後の	所得	網						円				円	_	•	円
作					認を引	ません。なお、所得: 受けることに同意し [*] 月 日 殿		是出位 氏名		り、記	果税台	沙帳等	こより私	以及で	ド受給資	資格者	とその配
※ 審 查						ふこ記すし アノゼキ!											

[◎]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、⑦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、⑦に特定扶養 親族の数を、⑦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

(表面)

A 2 0 1 1 0 0 0 0 0 0 2 0 A

			※受	付		年	月 日	認定番号			
		特別障	1	巨当	当页	折得	状況届	 -			
		(フリガナ)					missi				
1) 5	受給資格者	氏 名					個人番号				
		住 所				1	<u> </u>				
② 酉	己偶者	氏 名	個人番号				住 所				
@ t	L * * * * * * *	氏 名	個人番号				A = = = = = = = = = = = = = = = = = = =				
3 1	共養義務者	(受給資格者との続柄)	•				住 所				
4	年	所得	⑤受給	資	格	者	6 配	偶 者	⑦扶養	義務	者
		一及び扶養親族の合計数(う				人		人			人
		の数(受給資格者については				人)					
	_	引一生計配偶者及び老人 扶養 特定扶養親族の数、 ⑩16歳以上				人)	(人)	(人)
		象扶養親族の数))	(1)			人)					
9 受	給資格者に係る所	得額 (欄外の記入要領参照)	F	9	*	ア円					
10 酉	己偶者・扶養義務	済者に係る所得額		1	_		F.	※イ円	F.	※	ウ円
	① 障害者(特別障害者を除く。)であ)			F.	人	. 円	人		F.
Late	る同一生	計配偶者及び扶養親族の数									
控	⑩ 特別障害	者である同一生計配偶者及)	(F.	人	. Н	人		F.
	び扶養親	上族の数									
	① 障害者·特	特別障害者・寡婦・ひとり親・	寡・ひとり	•		F	障•特障•	円	障·特障·募	÷	F.
	勤労学生0	D別	勤				勤		・ひとり・勤		
除	<u>(14)</u>		F	9		F.) H	円	F.		F.
1517			F	9		F) H	円	F.		F.
	15 社会保険	料等相当額	Р	3		F.		円			F.
16)	控除後の所得	額				F]	円		_	円
1.		り相違ありません。なお					たり、課種	始台帳等 に。	より私及び	受給資	資格者
	ての配摘有り)所得状況の確認を受ける 年 月	う <u> </u>	思し	レエ	. 9 。					
			日ル		氏	名					
※ 箸	· 查		殿								
		TT- form						1			
(注	1 裏面の公的	年金等を受給していない人は、			的年 重類	金等の川	又入金額	A	円	*	円
		前年(1月から6月までの間に 合は前々年)の課税所得(給与			里類 重類		<u>.</u>)			

- 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。
- 2 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	В	円	円
給与所得控除後の給与所得額	С	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	Е	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

(A列4番)

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、⑦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、⑦に特定扶養親族の数を、⑦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。
- 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 ④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 ⑤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
- 二恩給
- ホ 国家公務員等共済組合の年金
- へ 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
- ヨ 未帰還者の留守家族手当
- タ 労働者災害補償制度の年金
- レ 国家公務員災害補償制度の年金
- ソ 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
- ツ 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<u>手</u>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

	邓道府県 実施機関						○ ○年月日開始年月	〇 手 年 年	月	受日月	給 者	: <u>/</u>	お 帳	整理都個人都電話都	番号					
氏	(フリ	ガナ)					生年月日住							支 払 (支払方)						
名	(フリ	ガナ)		(変	更)	所			(•	変更)	払 地 地			(•	•	• 変見	更)
障	害名										障	害の	程度							
	月	額	改定	年月		年	次	届出	の有無	Ħ.	所得制	限該	当・非該	逐当別	支	給	亭 止	期	間	
		円	•	•			年	有	· 無		該	•	非(災	(5)	年	月から	í	F	月まで	
		円	•	•			年	有	• 無		該	•	非(災	()	年	月から	名	F	月まで	
手		円	•	•	所		年	有	• 無		該	•	非(災	()	年	月から	4	F	月まで	
		円	•	•	— 得		年	有	• 無		該	•	非(災	()	年	月から	4	F	月まで	
当		円	٠	•	17		年	有	• 無		該	•	非(災	()	年	月から	名	F	月まで	
		円	•	•	状		年	有	· 無		該	•	非(災	()	年	月から	4	F	月まで	
dere		円	•	•	\n_		年	有	• 無		該	•	非(災	()	年	月から	í	F	月まで	
額		円	٠	•	一 況		年	有	無		該	•	非(災	()	年	月から	名	F.	月まで	
		円	•	•			年	有	無		該	•	非(災	()	年	月から	4	F.	月まで	
		円	•	•			年	有	無		該	•	非(災	()	年	月から	4	F.	月まで	
受喪		資 格 月 日		年 月]	日	受給資格喪失事由													
備								配	偶 者						個人番号					
考								扶養	義務者 柄)				()	個人番号					居居

(裏 面)

氏	名													整	理	番号												
							手		<u> </u>	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
	支払額			田			田			円			円		支	払 額			円			円			円			F,
年	支払済 年月日	•	•		•	•		•	•		•	•		年	支年	払 済 月 日		•			•		•	•		•	•	
	支払額			円			円			円			円		支	払 額			円			円			円			F
年	支払済 年月日	•	•		•	•		•	•		•	•		年	支年	払済 月日	•	•		•	•		•	•		•	•	
	支払額			円			円			円			円		支	払 額			円			円			円			F
年	支払済 年月日	•	•		•	•		•	•		•	•		年	支年	払 済 月 日	•	•		٠	•		•	•		•	•	
	支払額			円			円			円			円		支	払 額			円			円			円			F
年	支払済 年月日	•	•		•	•		•	•		•	•		年	支年	払済 月日	•	•		٠	•		•	•		•	•	
	支払額			円			円			円			円		支	払 額			円			円			円			F
年	支払済 年月日	•	•		•	•		•	•		•	•		年	支年	払 済 月 日	•	٠		•	•		•	•		•	•	

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 日付け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、 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

◎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

窓空宛名	第		号
	年	月	日

名支払通知書 手

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

支出内訳書

)/0	頁
_	

依頼元		佐頼日	年	月	日
	支払 指定日				
	大打性学ロス 下記の通りむ	 古打ノだとい			

支払指定目に、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

				1	/	1	頁	
	御中		依頼日	年	Ē	月	日	
依頼元	課	振込指定日						

No	振込先金融機関名	預金種目	口座	逐番号	П	座名義人	振込金額 (円)	備考
		小 計	口数			振込金額		
		\1. □	H 500			がたっ元和		
		合 計	口数			振込金額		
		н н	1.120			THAN THE HAN		

(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	H		1	F	月		日	
ф	フ!	リガナ																		
申請	氏	名	個人番	:号:					生	年月	日					年		月		日
者	居	住 地	₹						·		電	話番	号							
	フリン	ガナ							11.	F 1						F		п		
支 ;	 給 申 請	 fに係る)						生	年月	Ħ					年		月		目
児	童	氏 名	個人番						続		柄									
	体障害者 帳 番号			療育番	育手帳 号					神 障 領 祉 手						疾病	名			
		記号及び番	号(※)		-							が番号	(※)			II.				
障	害基礎	年金1級	の受給の	つ有無	(就労	継続	支援	B型の	サー	ビスを	を申記	清する	る者に	限る。	,)					
*	被保険者	皆証の記号			び「保	以 除者	名及で	が保険す	皆番号	」欄に	よ、頻	養介			る場合	記入	ナる	こと。)	
				支援の認定									有郊期間							
サー		音福 祉		<u>の認定</u> 'のサー b	ごスの種	重類と	内容等						期间	J						
-ビス	関係	サービス	1 3/13 1																	
へ 利用								ı												
の	^ =t	生 /口 7公		个護認定					護度											
状 況		護保険 - ビス	利用中	のサーヒ	ごスの種	重類と	内容等													
	,																			
	区分				サー	-ビス	スの種							由	きに		1休	的庆	一次	
申	区分		介護約				•	訓	練等			- F		申	請に	係る具	具体	的内	容	
申			宅	介		護	□就	訓労	定	着	支	援助		申	請に	係る具	具体	的内	容	
申請	訪問	□重	宅 度 訪	介 問	介	護護	•	訓労				援助		申	請に	係る具	具体	的内	容	
•	訪問系·	□重□同	宅 度 訪 行	介 問 援	介	護護護	□就	訓労	定	着	支			申	請に	係る具	具体	的内	J容	
•	訪問系・その	□重	宅 度 訪	介 問	介	護護	□就	訓労	定	着	支			申	請に	係る具	具体	的内	J容	
請	訪問系・そ	□重 □同 □行 □短	宅 度 訪 行 動	介 問 援 援 入	介	護護護護所	□就	訓労	定	着	支			申	請に	係る具	具体	的内	P容	
請	訪問系・その	□重 □同 □行 □短	字 度 行 動 期	介 問 援 援 入	介	護護護護所	□就□自	訓労	定生	着	支援	助		申	請に	係る具	具体	的内	1容	
請す	訪問系・その他	□重 □同 □行 □短 □重度	宅 度 訪 付 動 順 書	介問援大等	介舌支払	護護護護所爰	一就	一 立	定生	着活	支援	東)		申	請に	係る具	 具体	的内]容	
請す	訪問系・その他目中	□重 □同 □行 □短 □重度	宅方期障害養	介 問 援 授 入 等 行	介舌支払	護護護所爰護	□ 就□自□自□自□□自□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	立 訓 立訓 泊 :	定生 (練 (型	着活機能生活立	支援創訓訓訓訓	助 東) 東 練		申	請に	係る具	具体	的内]容	
請する	訪問系・その他日中活	□重 □同 □行 □短 □重度	宅方期障害養	介 問 援 授 入 等 行	介舌支払	護護護所爰護		第	定生 練練り	着活 機能生立 行	支援創訓訓支	助 東) 東) 東練援		申	請に	係る具	具体	的内]容	
請する	訪問系・その他目中	□重 □同 □行 □短 □重度	宅方期障害養	介 問 援 授 入 等 行	介舌支払	護護護所爰護		部 労立 立訓 治労移	定生/練練型移支	着活人機生立行後	支援 訓訓,數成	助 東) 東 練 援 設)		申	請に	係る具	具体	的内	17容	
請する	訪問系・その他日中活	□重 □同 □行 □短 □重度	宅方期障害養	介 問 援 授 入 等 行	介舌支払	護護護所爰護		部 労立 立立泊 労移 治 労労	定生 練練型 珍支続	着活機生立行(麦	支援 訓訓訓支城A	助 東東練援設型		申	請に	係る具	具体	的内]]容	
請するサー	訪問系・その他日中活動系	□■□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		介問援援入包介介	介 舌支掠	護護護所爰護護		部 労立 立立 前 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 の の に に に に に に に に に に に に に	定生 ((自移支続続	着活人機生立行後支支	支援 訓訓訓支成AB	助 東東練援設型型		申	請に	係る具	具体		容	
請する	訪問系・その他日中活	□■□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	宅方期障害養	介 問 援 授 入 等 行	介舌支払	護護護所爰護		部 労立 立立泊 労移 治 労労	定生 ((自移支続続	着活人機生立行後支支	支援 訓訓訓支成AB	助 東東練援設型型		申	請に	係る具	具体	的内]容	
請するサービ	訪問系・その他 日中活動系 居 系 地	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□		介問援援入包介介	介 舌支掠	護護護所爰護護		部 労立 立立 前 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 の の に に に に に に に に に に に に に	定生 ((自移支続続	着活人機生立行後支支	支援 訓訓訓支成AB	助 東東練援設型型		申	請に	係る具	具体]容	
請するサー	訪問系・その他 日中活動系 住	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度 障 方動期 養活 入	介問援援入包介介 所行	介	護護護所爰護護		部 労立 立立 前 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 の の に に に に に に に に に に に に に	定生 ((自移支続続	着活人機生立行後支支	支援 訓訓訓支成AB	助 東東練援設型型		申	請に	係る具	具体			

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。

П

压

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

由建年日日

	F	市町村長名	様
--	---	-------	---

次のとおり申請します。

						T 11	7十月日		+	刀	Н	
	フリガナ											
申請	氏 名	個人番号	⊒		生年	三月日			年	月	日	
		個八番7	J :									
者	居住地	Т				電	 話番号					
	フリガナ				生年	三月日			年	月	日	
支	で給申請に係る				<i>k</i> -t•	tar*						
児	豆 童 氏 名	個人番片	号:		続	柄						
身色手	本障害者 帳 番 号	療番	育手帳 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	季号(※)				保険者	名及び番号(※)				
*	 被保険者証の記号及	 とび番号 柞	 攔及び「{	 呆険者名及び保	· 除者番号	欄は、月		 通所医療	を申	請する場	合記入す	つる
こと										,		
サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	**************************************	, – L × 0)	種類と内容等								
		支援0	り種類				申請に付	系る具体	本的区	勺容		
	□児童発達支援											
申請す	□医療型児童発	達支援										
申請する支援	□放課後等デイ	サービス										
1/2	□居宅訪問型児	童発達支	援									
	□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。

申請者氏名

(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

由請年月日

年

市町村長名	様

次のとおり申請します。

										1 1 / 4 1					
申	フ!	リガナ													
·	氏	名						生年	月日			-	年	月	日
請			個人番号	号:											
者	居	住 地	ľ						電	話番号	를. 7				
	フリン	ガナ						- 生年	П				年	月	日
		に係る)1	Н
児	童 '体障害者	氏 名	個人番	号: 療育:	E帳			続精神	柄 章害者	华					
手	手帳番号	<u> </u>		番	号				手帳看			ı	疾		
		記号及び番								び番号(
		年金1級													
<u> </u>	被保険者	皆証の記号	·及び番号 障 害		保険者	名及び	保険者	番号」村	闌は、タ	寮養介記	隻を申請 有効	する場 [^] 	合記力	、するこ	と。
サ	D左 占	2 1 1 1	区分の								期間				
]		手 福 祉 サービス	利用中心	のサービス	の種類と	:内容等									
ビス	MM	, ,,													
ス利用の			要介	護認定			要介語	養度							
の 状	介護	養保 険		カサービス	の種類と	: 内容等	2716	×/×							
況	.11.	15 7													
-	7 -	- ビス													
				Ą	ナービン	スの種類	類						IF 7	B // .//	والمراز ال
	区分		介護給		ナービン		訓練	東等給何				申請に	- 係る	具体的	力内容
	区分	□居	宅	付費介	護	□就	訓練	定着	支	援		申請に	- 係る	具体的	内容
申	区分訪問	□居	宅	付費 介 問 介	護		訓練		支	援助		申請に	 係る	具体的	内容
申請	区分 訪問系・	□居□重□同	宅 度 訪 行	付費 介 問 援	護護	□就	訓練	定着	支			申請に	·係る	具体的	內内容
申	区 訪問系・その	□居□□同□□行	宅 度 訪 行 動	付費 介 問 援 援	護護護護	□就	訓練	定着	支			申請に	- 保る	具体的	内容
申請	区が問系・そ	□居□□同□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	宅度方動期	付費 介 問 分 援 入	護護護所	□就	訓練	定着	支			申請に	係る	具体的	内容
申請す	区 訪問系・その	□居 □面 □行 □面 □面	宅 度 訪 行 動 期 障害者	付費	護護護所援	□就□自	訓練	定着生活	支	助		申請に	·係る	具体的	5内容 -
申請す	区 訪問系・その	□居□□同□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	宅度方動期	付費 介 問 分 援 入	護護護所	□前□□前□□前□□前□□前□□前□□前□□前□□□前□□□□□□□□□□□	訓 労 立	定着生活生活	支援	助 () () () () () () () () () (申請に	係る	具体的	为内容
申請する	区訪問系・その他	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	e	付費	護護護所援護	□前□□目□□目□□目□□目□□目□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	訓 第 立 立 訓 該 立	定着生活生活	支援能訓活訓	糠) (練)		申請に	- 係る	具体的	内容
申請	区 訪問系・その他 日中	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	e	付費	護護護所援護	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	訓練 労 立 立立 泊 調 親 型	定生 東(性生) 移 行	支援能調工支	助 練) 練 緩		申請に	係る	具体的	的内容
申請する	区訪問系・その他	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	e	付費	護護護所援護	□ 就 □ 自 □ □ 電 □ □ □ 配 □ □ □ □	訓練 労立 立立 前額 労移行	定生 様 (機生) 7 (機生) 7 (支援能活動支成	助 練) 練 練 緩 (を設)		申請に	係る	具体的	为内容
申請する	区 訪問系・その他 日中活動	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	e	付費	護護護所援護	□就□自□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	訓 労 立 立 立 立 泊 労 労 労 労 労 形 形 の の の の の の の の の の の の の	定生	支援能活型支成A	助 練練練 後設型		申請に	- 係る	具体的	内容
申請するサー	区 訪問系・その他 日中活動系	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	宅 訪	付費 月 月 接援入包介介	護護護所援護護	□ 就自 □ 自自 □ □ □ □ □ 就就就就就就就就	訓練立立泊労労労対分対分対分対分対分対分対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対	定生 東東! 移支続続	支援能活缸产養援援 能活缸支成AE	助 練) 練 練 機 機 器 型 型		申請に	係る	具体的	内容
申請する	区 訪問系・その他 日中活動	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	e	付費	護護護所援護護	□ 就自 □ 自自 □ □ □ □ □ 就就就就就就就就	訓練立立泊労労労対分対分対分対分対分対分対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対	定生	支援能活缸产養援援 能活缸支成AE	助 練) 練 練 機 機 器 型 型		申請に	係る	具体的	内容
申請するサー	区 訪問系・その他 日中活動系 住	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	宅 訪	付費 月 月 接援入包介介	護護護所援護護	□ 就自 □ 自自 □ □ □ □ □ 就就就就就就就	訓練立立泊労労労対分対分対分対分対分対分対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対対	定生 東東! 移支続続	支援能活缸产養援援 能活缸支成AE	助 練) 練 練 機 機 器 型 型		申請に	·係る	具体的	力内容

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。

73

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	手 年月日		年	月	日
申請	フリガナ 氏 名				生年	月日			年	月	日
者	居住地	個人番号:				雪	言話番号				
	L フリガナ										
	······				生年	月日			年	月	目
支 児	反給申請に係る と 童 氏 名	個人番号:			続	柄					
	障害者	療育手帳		精神障害者福祉手帳				疾病名			
	長番号 R険者証の記号及び番	番 号		怡 似于恢		金者名 及	及び番号(※)				
	被保険者証の記号及		び「保険者名)	 及び保険者都					を申記	青する場	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	利用甲のサー	ごスの種類と内?	公等							
	変更の理由										
	支	援の種類				阜	請に係る具	人体的内	容		
	□児童発達支援										
申請す	□医療型児童発	達支援									
申請する支援	□放課後等デイ	サービス								: 月申請する場	
	□居宅訪問型児ュ	童発達支援									
	□保育所等訪問	支援									

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

	フリカ	ガナ						
申請	氏	名	個人番号:	生年月日		年	月	日
者	居住	地	₹	í	電話番号			
	フリガラ	<u> </u>		生年月日		年	月	日
	請に有			続柄				
児	童氏	名	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			申請者	
氏 名			中 明 年	
			CAMM	
	₸			
住 所				
			電話番号	<u>1.</u> 7

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	ナ出	します。					
				届出年	三月日	年	月	日
					区分			
	フリガナ							
申請	氏 名		個人番号:	生年月日		年	月	日
者	居住地		〒	4	電話番号			
	フリガナ				中田田 ク			
由	請に係る			生年月日		年 	月	日
	児童氏名		個人番号:	続柄				
事	児 童 氏 名 個人番号: 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					

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	で更がありましたので届け出ます。	
フリガナ 支給(給付)決策 障害者(保護者 氏) A 個人番号:	生年 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	個人番号:	生年 月 日
届出書提出者	□支給(給付)決定障害者等(本人)	□本人以外(下の欄に記入)
フリガナ 氏 名		本人と の関係
住 所	Ŧ	電話番号
変更事項	支給(給付)決定障 害者等に関するこ と ①氏名 ②居住地 ③	D連絡先
(該当に○を して下さい。)	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	
多 史的谷	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

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		井左			
給付決定保護者		生年 月日	年	月	目
氏名	個人番号:				
	〒				
居住地					
			電話番	号	
フリガナ		続柄			
給付決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年月日	年	月	日

届出書提出者	□給付決定保護者	□給付決定保護者以外(下の欄に記入)
フリガナ		本人と
rt h		
氏 名		
	〒	
A 記	'	
住 所		
		電話番号

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

※変更した内容を証する書類を添付すること。

受給者証再交付申請書(介護給付費等)

市町村長名

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 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証 	証 受給者 証番号			
			•		
フリガナ					
支給(給付) 定障害者(保 者)氏名		生年 月日	年	月	日
	也				
		電話種	号		
フリガナ		続柄			
支給決定に係 児 童 氏		生年月日	年	月	日
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			
氏 名		の関係			
住 所	Ŧ				
		電話番号			
申請の理由	1 汚損 2 糸 具体的な状況	分失	3 その他		

※従前使用していた受給者証を添付すること。 (紛失を除く)

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 2	通所受給者証 肢体不自由児通所医療受給者記		受給者証	受給 証番					
	フリガナ					生年					
	給付決定保 者氏名	護	/m т Ф. П			月日			年	月	Ħ
			個人番号: 〒								
	居 住 均	也									
						電	話番	뭉			
L.	フリガナ					続柄					
	給付決定にる					生年 月日			年	月	日
	児童氏名	各	個人番号:)1 H					
			(A / 1) L - L- / D - TH- Le - / 1			7 = 44 - Lot 1 \ 1 \ 1	LI /-	- IBB -	· \		
	申請書提出者	;	給付決定保護者(本	(人)	□給付決定仍	(護者以	外 (トの欄に記	记人)		
	フリガナ					本人	لح				
	氏 名					の関	系				
	住所	₹									
	L //					電話番号	클				
	申請の理由		1 汚損 具体的な状況	2	紛失		9	3 その他	1		
	※従前は田1 て	117-	三公子 記を派仕する	ステレ (公生お除く						

利用者負担上限額管理事務依頼(変更)届出書

利 用 者 氏 名 フリガナ	受給者番号								
	生年月日		年	<u> </u>		<u>.</u> 月		月	-
	·	+ All + +							
利用者負担上限額管	埋を依頼した-	事業者							
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。									
上限額管理事業所所在地及び連絡先									
上限額管理事業者及びその事業所の名称 事業所番号									
	,								
事業所を変更する場合の事由等	変更年月日	年	:	J	月		日		
※事業所を変更する場合は必ず記入してください。 変更前の事業所への連絡(□済 □未)									
(あて先) 市町村長名 様									
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。									
年 月 日									
住所									
利用者		電話		()		
氏名									
市町村確認欄									

- 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。
- 3 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。

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。

討

						百〇						
受番	宇福祉サー 給 者	証 号				地域相談 受給 者	f 証 号					
支給(給付)決定障害者 (保護者)氏名					支給決定に 児 童 旦							
障害支援 支給(区分 決定年						支援区分 効 期	間の					
支給(給付)決定内容	サート		事項		支援の内	内容及び支給(給付)量	1		有郊	期間	
	新記事項 利用者負担上限月額			円	左の上限月額の 適 用 期 間							
特定	特定障害者特別給付費 日額			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)			円	左の給付 適 用 期							

療	公費負担者番号				公費受給者番号		
療養介護医療	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	月額	円
療	上限額の適用期間						

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 <u>都道府県名</u> 知事に対し審査請求をすることができます。
- - (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

窓空宛名	第 年	月	号 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。

通知します。 記 受 給 者 通所給付決定 証 号 番 保護者氏名 給付決定に係る 給付決定年月日 障害児氏名 左の上限月額の 円 負担上限月額 適用期間 多子軽減対象 無償化対象期間 通所支援の種類 支給量 有効期間 給付決定内容

肢体不	公費負担者番号				公費受給者番号			
医療 由	医療(食事療養を除	月額		円				
児通所	上限額の適用期間							

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 <u>都道</u> 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、 <u>都道府県名2</u> 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 $\bullet \bullet \pi \bullet \bullet 1 - 2 - 3$

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

窓空宛名	第 年 月	号 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。

		百	
障 受 番	害福祉サービス 給 者 証 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	支給期間		
する	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

- 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 | 市町村名1 | に対し審査 請求をすることができます。
- 2 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 $\bullet \bullet \pitchfork \bullet \bullet 1 - 2 - 3$

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

窓空宛名	第 年	月	号 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	

障害支援区分の 認定の有効期間

障害支援区分

理由

(留意事項)

- 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。
- 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。
- 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。

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

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

窓空宛名		第 年	月	号 日
	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) 審査請求があった目から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

 $\forall - \mu$ xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名		

 第
 号

 年
 月

 日

市町村長即

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6 0日以内に○○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

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

窓空宛名		

第 号 年 月 日

市町村長即

(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

		記し、これには、これには、これには、これには、これには、これには、これには、これには
受 給 者 話番 男		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	
及 义 W r l t	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 提出期限 提出期限日

提出先名称 提出先住所

提出先電話番号

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

窓空宛名	第 年	月	号 日
	市町	村 長	印

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

		FL .
受給者者番号		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	
及 义 W ri 合	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

- 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

窓空宛名	第 年	月	号 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	提出期限:	: 年 月

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<mark>都道府</mark> 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

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

窓空宛名	第 年	月		号 日
	市 田	丁 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

受給者証番号	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		

(留意事項)

- 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。
- 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。
- 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。

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。

(お間合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 $\bullet \bullet \pitchfork \bullet \bullet 1 - 2 - 3$

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

(表面)

			障害	支援	美区	分認	定証	明書	<u>.</u>					
	申請番号													
障 害	フリガナ													
支 援	氏名													
区分認定者	生年月日			年	J]	日 生	Ē						
	住所													
	転出予定先 (市区町村名ま	で)												
	異動予定日			年	月	ļ	3							
	己の者は、次の & 法律に基づく障害 年	_	区分の認								合的に	支援	する	た
							市町	村長名						
						申請年	三月日			年	月		目	
障害	害支援区分					認定年	三月日			年	月		日	
認知	どの有効期間		年	月	日	から		年	月	日	まで	有効		
	丁村審査会 賃見等													
備	考													

※裏面に注意事項を記入

様式第11号

		(-)	(二) (三)	
	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	
F.	受給者証番号		障害支援区分 支給量等	
-	5		認定有効期間 年月日から 年月日まで 日本の	
イギシ	合 居住地		サービス種別 支給決定期間 年月日から	年 月 日まで
泛图	を 合 居住地 た 官 章 フリガナ 等 氏名		支給量等	
下 言 こ オ	ー フリガナ ・			
4			支給決定期間 年月日から 年月日まで 支給量等	
-	生年月日フリガナ	年 月 日	サービス種別 <u>支給決定期間</u> 年 月 日から	年 月 日まで
	見 氏名 竜 <u></u>		+40 目 for	
_	生年月日 障害種別		支給量等	
	交付年月日	年 月 日	支給決定期間 年月日から 年月日まで	
F			サービス種別	
	支給市町村名 及び 印		支給量等 支給決定期間 年月日から 年月日まで	
			予備欄	

(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

(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			
食事技									
適用期間	年	月	日から	年	月	日まで			
利用者負担上	.限額管理	里対象	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									

受給者証番号

(七) 訪問系サービス事業者記入欄 号 事業者及びその 事業所の名称 サービス内容 契約支給量 月 時間 分 年 月 日 当該契約支給量によ 年 月 日 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 事業者及びその 事業所の名称 サービス内容 契約支給量 時間 分 年 約 月 日 当該契約支給量によるサービス提供終了目 年 月 H 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 時間 分 約 年 月 日 当該契約支給量による 年 月 日 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) 番 訪問系サービス事業者記入欄 号 事業者及びその 事業所の名称 サービス内容 契約支給量 月 時間 分 年 月 日 当該契約支給量による 年 月 日 サービス提供終了」 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 5 契約支給量 月 時間 分 年 約 月 日 当該契約支給量によ 年 月 日 サービス提供終了 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 6 契約支給量 月 時間 分 約 \Box 年 月 日 当該契約支給量によ 年 月 日 サ ー ビ ス 提 供 終 了 | 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 月 番事業者及び 実施日 号 その事業所の名称 数 計 年 月 日から 年. 日まで 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 3 年 月 日まで 年 月 日から 4 年 日まで 年 月 日から 5 年 月 目まで 年 月 日から 6 年 目まで 月 年 月 日から 年 月 日まで 年 月 日から 8 年 月 日まで 年 月 日から 9 年 月 日まで 年 月 日から 10 年 月 日まで 年 月 日から 11 年 月 日まで 年 月 日から 12

年 月

日まで

 $(+ \perp)$ (十) (+-)番 生活介護·自立訓練·就労移行支援· 療養介護,共同生活援助, 就労定着支援·自立生活援助 就労継続支援事業者記入欄 施設入所支援事業者記入欄 事業者記入欄 番号 利用開始日 事業者及びその 入所(居)日 事業者及びその 事業者及びその 事業所の名称 退所(居)日 事業所の名称 利用終了日 事業所の名称 契約日 入所(居)日 年 月 日 年 月 日 サービス内容 契約支給量 退所(居)日 サービス提供終了日 H \Box 年 年 月 日 年 月 日 H 当 該 契 約 支 給 量 に よる サ ー ビ ス 提 供 終 了 日 入所(居)日 年 月 日 契約日 年 月 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 退所(居)日 サービス提供終了日 年 月 日 年 月 日 事業者及びその 予備欄 予備欄 事業所の名称 サービス内容 2 契約支給量 日 約 年 日 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 年 月 日 当該契約支給量による 年 月 日 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

 $(+\Xi)$

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。

様式第12号

	(—)		(<u></u>)	(三)						
址	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 地域相談 の種類	支援 事業有及いての	契約日 サービス提供終了日				
地域相談支援給付		地域相談支援 給付量等				契約日 年 月 日 サービス提供終了日 年 月 日				
援 給 付 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			契約日 年 月 日				
決 フリガナ 定 氏名 事 氏名		地域相談支援 の種類				サービス提供終了日 年 月 日				
者 生年月日 障害種別 交付年月日	年 月 日 年 月 日	地域相談支援 給付量等		予備欄						
支給市町村名 及び印		地域相談支援給付 決定期間 予備欄	年月日から 年月日まで							

(四) (五) 計画相談支援給付費の支給内容 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 支給期間 年 月から 年 月まで さい。 2 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこ 指定特定相談支援事業所名 の証を指定一般相談支援事業者に提示してください。 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 モニタリング期間 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。 4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、1 4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。 予備欄 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。 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。 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、速やかに市町村に返してください。 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。 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。 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。

様式	第13号									
		}	寮養	介護	医猩	聚受給	者証			月 月 円 円 まで
公	費負担者番号									_
公	費受給者番号							_	_	
支給	居住地									
決定	フリガナ							生生	平月日	
足障害	氏 名							£	F	月
者	被保険者証の 記号及び番号						保険者名 及び番号			月 円 円
牟	迫担上限月額	療養介護 養(生活療				月額	į			円
713—ER/114R		食事療養	(生活	舌療養)		月額	į			円
	適用期間		年	月	目	から	年	月	日	まっ
7	交付年月目				年	月	日			

支給市町村名 及び印

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 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。 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。)

日

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。 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。 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。

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、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に届け出てください。 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

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。

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

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。

通所様式9

(—)	(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 居住地 給 付	支給量等	支給量等					
定 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					
(株) 護 氏名 者 ()	支援の種類	支援の種類					
生年月日 年月日 フリガナ 児 氏名	支給量等	支給量等					
生年月日 年 月 日	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					
交付年月日 年 月 日	特記事項欄	特記事項欄					
支給市町村名 及び 印	予備欄	予備欄					

(四) (六) (五) 障害児相談支援給付費の支給内容 利用者負担に関する事項 障害児通所支援事業者記入欄 支給期間 年 月から 年 月まで 負担上限 事業者及びその 月額 事業所の名称 指定相談支援事業所名 支援の内容 適用期間 年 月 日から 年 月 日まで 契 約 支 給 量 年 月 食事提供加算対象者 当該契約支給量による 支援提供終了日 年 月 モニタリング期間 日 支援提供終了月中の終了日までの既提供量 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 事業者及びその 予備欄 事業所の名称 利用者負担上限額管理事業所名 支援の内容 2 契 約 支 給 量 年 月 日 当該契約支給量による 支援提供終了日 年月 特記事項欄 支援提供終了月中の 終了日までの既提供量 事業者及びその 事業所の名称 支援の内容 契約 支給 量 予備欄 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 事業者及びその 事業所の名称 支援の内容 契約 支給 量 約 当該契約支給量による支援提供終了 日 年 月 支援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 支援の内容 5 契約支給量 年 月 日 年 支援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 支援の内容 6 契約支給量 年 当該契約支給量による 支援提供終了日 年 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

- 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。
- 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。
- 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しん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。
- 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。
- 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。

(九)

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。
- 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。
- 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。

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 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。

进別	禄式10															
		肢体	本不	自	由り	見ì	重点	斤医	療	受絲	者記	正				
公	費負担者番号													_		
公	費受給者番号											_				
通所給	居住地															
付	フリガナ											生	年月	H		
決定保	氏 名												年		月	日
 接者	被保険者証の 記号及び番号										者名					
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	Ξ.	月		日	か	Ġ	4	年	月		日	まで	
2	交付年月日						年		月		Ħ					
支	な給市町村名 及び印															

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。
- 1 との配け、日間とより記がく入れていていていている。 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
- 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。
- 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
- 高して、元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。
- 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。
- 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、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に届け出てください。 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。
- 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
- 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
- 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。

窓空宛名		第		号
		年	月	目
	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	地域相談支
ビス	
受 給 者 証	
番号	
支給(給付)決定障害者	支給決定に係る
(保護者)氏名	児 童 氏 名
支給(給付)	
決定取消日	
取消理由	
以 115 生 田	

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) 審査請求があった目から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 xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名		第 年	月	号 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

受給者番	
支給決定取消日	総付決定に係る 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6 0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 xxxxxxxxxx@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	亡	
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	提出先:		
通所受給者証提出 先及び提出期限	提出期限:		

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 市町村長1 に対し審査請求をすることができます。
- 2 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 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 xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名	, 第		号
	年	F	į E

障害福祉サービス申請手続きのお知らせ(18歳到達)

○○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 言	号	氏 名
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 xxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名	第		号
	年	月	E

介護保険要介護認定申請のお知らせ

○○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、ホームへ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 番	者 証 号	氏 名
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 xxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名	第		号
	年	月	E

障害支援区分更新のお知らせ

○○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 給番	者 証 号	氏 名	
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 xxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

窓空宛名	第		号
	年	月	E

支給期間更新のお知らせ

○○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 給番	者 証 号	氏 名	
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

窓空宛名	第		号
	年	月	日

利用者負担適用期間更新のお知らせ

○○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 給番	者 証 号	氏	名
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

窓空宛名	Ē.	月		号 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。

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

届出年月日

年

月

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。

フリガナ		①障害者	総合	支担	爰法	2	介護	美保険 泡
対象候補者氏	制 度 受給者証番号·被保険者証番 号							
名		1)						
生年月日		2						
65歳到達日		保険者番号						
住 所	T		電記	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	□利用したことがある ※ 65歳到達日までの介護保険サービス利用状況	□ 利用したこ。 を記入してください		(V)				
障害福祉サービスの利用状況	□ 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 □ 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							
生活保護の受給	□ 西外 フンキ □ 西外 フンカン							
② 65歳到達	全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 正確な住所が不明な場合は分かる範囲	み記入してくた で記入してく <i>†</i>	ごさい ごさい	\ , \ _o				
3 年 月	月 ~ 年 月の状況については以了	「のとおりです	0					
介護保険	□ 利用している ※ 利用している場合には介護保険被保険	□ 利用してい 者証の写しを済	\な\ 忝付	して	くだ	ごさい	· _	
市町村民税の 状況	□ 課税 □ 非課 税							
生活保護の受 給	□ 受給している <u>市町村名</u> 以外で生活保護を受給してい てください。	□ 受給してv いる場合には生			:給記	正明:	書を済	添付し
フリガナ 配偶者氏名	生	年月日		年	Ξ.		月	目
L 〈記入上の注意 1 変更事	 事項> 項および訂正箇所がある場合は該当事項を	一番線で消し	正	しい国	丰項	を言	- 	てくだ

- 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	是出者	□届出者本人 □届出者本人以外(下の欄に記入)				
	ガナ					
氏	名		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 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

窓空宛名		

第 号 月 年 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 電話番号

メール xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名		

第 另 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@yyy. zzz. aaa

窓空宛名		

第 号 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

申請年月日

①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法

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。

フリガナ

申請	青者氏名						伟	度	受:	給者	計証		- • 7	被保	険	者記	E番·	号
(支給決定	(障害者等氏名)	個人番号:																
生年	下月 日		有	F.	月	日							_	_				
居	住 地	Ŧ						電話番	· :号·					L				
フ	 リガナ						続	柄										
	·決定に 児童氏名						生年	5月日					年		月		日	
		<u> </u> 帯における対象費用ℓ)支払合計額	<u> </u>			<u> </u>		申詞	清に	. 係							
サービ	`ス利用月の	申請者の対象費用の	支払合計額	į						サー 利用					年		月	分
		氏 名			生年月	∃ FI		章害者終	合支	援法	<u>t</u> 2)	見童:	福祉	上法(3介	護保	段》	去
同支					<u> </u>	, H	制	度	受:	給者	証	番号	- • 7	被保	· 険	者記	E番·	号
一世治带決																		
帯決に定	個人番号	:																
に属す																		
る他の	個人番号	:																
の者													 			\vdash		
	個人番号	:																
(注 (注	2) 世帯範 3) 申請者	を証する領収書を 通の特例の適用を と同一世帯の他の でと同一世帯の他の	を受けてい の支給決定	\る E障	場合は 害者等	、その世 全員分の	申請	書を併					-	ið v	, \ _0			
问机	年日 田田 7	銀行		-1 / .	(C)放り	本店	<u> </u>	。 種目					ПJ:	座番	:号			
依	座 振 替 頼 書	信用名 信用名 金融機関コー フリガナ 口座名義人	自合		店舗コ	支店出張所	2	普通預当座預	金									
.L. ~L -	±-111 11 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			Hr 1	• L D. C.	/ - !	H)	1 =1 \					_					
	書提出者 リガナ	□申請者本人	□甲請	首 本	人以外	、(下の橺												
氏	名							請者の関係										
住	所	₸					電話	番号										

年 月

65歳に達する

までの介護保

日

申請年月日

電話番号

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 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。

フリガナ ①障害者総合支援法 ②介護保険法 制 申請者氏名 受給者証番号 · 被保険者証番号 度 個人番号: 生年月日 年 月 日 Ŧ

居	住	地

サービス利用月

リーヒス利用月 の障害福祉相当	申請に係る			までの 介護保険法による保	□無
介護保険サービス支払額(注)	サービス利用月	年 /	月分	険 給付の受給有	□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。

喜類暗宝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

	67、存加11页61四、	グロ圧に減り込んですと	• 0	
	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	1 英法亞人	
	信用組合	出張所	1普通預金	
口座振替	金融機関コード	店舗コード	2当座預金 9その他	
依 頼 書			タその他	
	フリカ゛ナ			
	口座名義人			

申請書	提出者	是出者 □申請者本人	□申請者本人以外(下の欄	に記入)	
フリ	ガナ	ブナ		申請者	
氏	名	名		との関係	
住	所	所	Ē	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
	Jガナ 				①障: 護保!	害者総 険法	き合:	え援	法	2)児i	童福	祉	去	3/	7
	者氏名				制	度	受	給者	旨証	番-	号•:	被係	よ険 :	者証	E番爿	클
(紹竹伏瓦	2保護者等氏名)	個人番号:														
生年	三月日	年 月	日													
居	住 地	Ŧ				電記	舌番牙	子								
	Jガナ			続	柄											
	定に係る 氏名			生生	 手月日						年		月		日	
サーヒ	ごス利用月の	世帯における対象費用の支払合計	額				申請						_		н.	• \
サーロ	ごス利用月	の申請者の対象費用の支払合計	額				るサス利						年		月分	才
		氏 名	上	三月日		 害者総 保険法	支合结				2)	 児童	[福	<u></u> 扯注	= (3
同支		Д Д	工十	- Д µ	制	度		給者	計証	番岩	号•:	被仍	-	者証	E番 ^力	寻
→ ,,																
帯 決	伸工来目	1														
に属定	個人番号	7:														-
腐する:																
他で者	個人番号	1 7:														
														-		_
	個人番号	1 :												-		
(注:	1) 支払額	項を証する領収書を添付して 者と同一世帯の他の支給決定			由建書	また仕	H-ア	坦山	1)	7 /	ノギ	·+1.				
							<u> </u>	ΙÆЦ	10	()	\ / _	CV	o			
向領陸	早音冗(ス	通所・入所)給付費を下記 <i>0</i> 銀行	ソロ座にか	本店	100	<u>`。</u> 種目						室番	: : 号			\neg
		信用金庫		支店	4 5							ш		T		
	└	信用組合		出張所		普通預 当座預										
口 // 依	E 振 替頼 書	金融機関コード	店舗:	コード		その他										
IX.	/ 目	フリカ゛ナ										—		丄		_
		口座名義人														
		口圧石我八														
申請書	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	□申請者本人 □申請	者本人以	外(下の欄	に記え	人)										\neg
	ガナ					 清 者										\dashv
氏	名					関係										
住	所	Ŧ			ı											\neg
J.L.	121				電話番	号										l

号 日

印

窓空宛名		第年	3	F]
	Ī	壭	町	村	名

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 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	目	
本人支	払額				円		請 に - ビン				年	月分	
支	給	□する		□しない		支	給	金	額				円
不支給0	の理由												

	金融機関				
## \1 # .	口座種目				
振込先	口座番号				
	口座名義人				

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<u>市町村名1</u>を被告として(訴訟において<u>市町村名2</u>を代表する者は<u>市町村名3</u> 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 xxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

123

窓空宛名	第 年 月	号 日
	市町村名	印

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

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	□する	□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、	生活保護制度におり	ける介	護扶助等の金額を記載	(本人支持	ム額があ	れば分け	て記載)し	ていま

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。
- 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。 (1)
- (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。
- 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)
- 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

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

高額障害児(通所・入所)給付費支給(不支給)決定通知書

묶

日

印

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	受給者
者氏名	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	□する	□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 都道府県名Ⅰ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、○○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。
- 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。
- (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。

【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、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、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 123-4567 **●●**市**●** 1-2-3所

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

口座振込依頼書

	1	/ 1		頁
依頼日	年	月	日	

<u>御中</u> 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

	振込指定日に、ト記の通りお文払下さい 								
No	振込先金融機関名	預金種目	口座番号		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	目
	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しましたので、通知します。

記

受 取	人 氏 名
	金融機関名
	支 店 名
	口座種別
振込情報	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 $lackbox{\bullet}$ 市 $lackbox{\bullet}$ 1 - 2 - 3 電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

支出内訳書

1	/	1	頁
_		_	

依頼日 年 月 日

依頼元			٦
	支払		
	指定日		
	支払指定	└────────────────────────────────────	」 ·払下さい

No	受給者証 番号	受給	者名	受給者	首住所	サー	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	給者詞	正(更生医	[療]			
	公費負担者番号								
自	立支援医療費受給者番号								
	フリガナ		·		· .	· ·		生年月日	
	氏 名								
受	住 所								
診	被保険者証の				保険者番号	<u> </u>			
者	記号及び番号				保険者名				
	重度かつ継続					•			
指定	病院・診療所				所在地・ 電話番号				
医療機関名	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	0							
	年 月	日					ООг	方町村長 <u>日</u>]

自立支援医療受	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。

判 定 依 頼 書

身体障害者更生相談所長 様

市町村長

下記の者に対する判定を依頼します。

	フリガナ	
d. the man of the	氏 名	
身体障害者	生年月日	
	住 所	
身体障害者	手帳番号	交 付 日
手帳	等 級	再 交 付 日
障 害 名		
判定依頼		
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

調査書

申	請日		年	月	目	身体障害者 手 帳 番 号					
申 請 者 氏名及び 生年月日											
居	 合住地										
世		氏 名			年齢	続柄	市町村民和	兑課税の 無	所得割額	備	考
帯											
員											
の											
状											
況											
		T									
							合計 所				円
===	组员八						障害年				円
DIT?	得区分						手 当 収 入				円 円
								割額			円
負担	1上限額						重度かっ				
その	他参考と										
すべ	き意見等										
上記	このとおり砕	産認しまし	した。								
	年	月日	3				調査者				

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

> 囙 市 町

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	三月	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、<u>都道府</u> 原名 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

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

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

窓空宛名		<u> </u>	第	号
		4	手 月	日
	_			
通	知	書		
(申請者) 様				

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。

理由

印

市町村長

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

別紙	様式第1号											
	自立	立支援医療費	(育成・勇	更生•精祁	申通院)支給認	定申請	書(新規	• 再認定 ※			
	フリガナ									生 年 .	月日	
障害	受診者氏名						年齡	歳		年	月	В
者	フリガナ											
· 児	受診者住所		,					電話番号				
	個人番号											
受診	フリガナ							受診者と				
者 が 1	保護者氏名							の関係				
8	フリガナ							電話番号				
未満	保護者住所 ※2	-			,		,	*2	,	,		
の場合	保護者個人番号											
負	受診者の被保険者証 の記号及び番号					保険者名						
見担額に関	受診者と同一保険 の加入者				•							
関する事	受診者と同一保険 の加入者個人番号											
項	該当する所得区分 ※3							重度かつ 継続 ※4				
اِ	身体障害者手帳 番号					精神障害者 祉手帳						
			医 療	機関名					所在地・	電話番号		
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)												
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	0、自立支援医療	費の支給を	申請します。								
	申請者氏名			ED	<u> </u>							
		年	月 日									
		0000市町村		殿								

- 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)のいずれかに〇をする。
- %1 %2 %3
- ※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〇をする。 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
- ※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)の添付状況に〇をする。(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。

白治体記入欄

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
	個人番号市	町村民税課税証明書	市町村民税非	 	標準負担額減額	認定証
所得確認方法	生活保護受給世帯の	証明書 その何	也収入等を証明する書	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) ・ 手帳月	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			

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

> 囙 町 村 市

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	

(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、<u>都道府</u> <u>県名</u>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、<u>市町村名1</u>を被告として(訴訟において<u>市町村名2</u>を代表する者は<u>市町村長</u>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

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

医療機関宛	第	5	号
	年	月日	日

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	保険者番号	
記号及び番号	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)		
L		

(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

	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						-
	フリガナ			<u> </u>		生年	月日
受診	氏 名						
	住 所				1		
	被保険者証の			保険者番号			
者	記号及び番号			保険者名			
	重度かつ継続						
		フリガナ					続柄
保護	者(受診者が18歳未満の	氏 名					
場合詞	記入)	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				○○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		号
	年	月	F

自立支援医療(育成医療)支給認定決定通知書

(申請者) 様

> 囙 長 市 町 村

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						

(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、<u>都道府</u> <u>県名</u>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。

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

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

窓空宛名				第		号
				年	月	日
	通	知	書			
(由語之	去)					

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。

理由	理由	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

미생유국

אזייניט	休式お上ち												
		立支援医	療費([·]	育成•	更生•特	精神通際	完) 支給i	忍定申請	書(新規	• 再認定 ※	1		
	フリガナ										生 年	月日	
障害	受診者氏名							年齢	歳		年	月	⊟
者	フリガナ							1					
• 児	受診者住所		_	,	_	_		_	電話番号				
	個人番号												
受診	フリガナ	ļ							受診者と				
形者 が 1	保護者氏名								の関係				
8	フリガナ								電話番号				
歳未満(保護者住所 ※2					ŗ			※2			•	
の場合	保護者個人番号												
負	受診者の被保険者証 の記号及び番号						保険者名						
担額に関	受診者と同一保険 の加入者												
する事	受診者と同一保険の加入者個人番号												
項	該当する所得区分※3								重度かつ継続 ※4				
4,	身体障害者手帳 番号						精神障害 祉手帆						
				医療	機関	名				所在地・	電話番号		
立支	を希望する指定自 援医療機関(薬 訪問看護事業者を)												
Z	受給者番号 ※5								T				
治療	寮方針の変更 ※6						診断書 ※6、						
	私は、上記のとおり	り、自立支	援医療費	の支給を	申請しま	きす。							
	申請者氏名				Eſ	D <u>**8</u>							
		年	月	В									
		+	73										
		0000	市町村長		殿								

- 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)のいずれかに〇をする。
- %1 %2 %3
- ※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〇をする。 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に〇をする。
- **%**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)の添付状況に〇をする。(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	Š 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	ś 当
所得確認方法	個人番号 市 生活保護受給世帯の	町村民税課税証明書 証明書 その(市町村民税៛ 也収入等を証明する書		標準負担額減額	認定証)
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) • 手帳月	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			

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。

	フリガナ	
	氏 名	
受 診 者	生年月日	
	住 所	
身	手帳番号	交 付 日
身体障害者手帳	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

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	 合住地								
世帯		氏 名		年齢	続柄	市町村民税課税の 有 無	所得割額	備考	
員の状									
況									
						合計所得金額 障害年金等		円円	
所	得区分					手当等		円	
						収 入 額		円	
						所得割額		円	
負担	上限額					重度かつ継続			
その作	他参考と								
すべ	き意見等								
上記	上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者								

窓空宛名	第		号
	年	月	E

自立支援医療(育成医療)支給変更決定通知書

(申請者) 様

> E[] 長 市 町 村

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、<u>都道府</u> <u>県名</u>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 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昇しくりからめい。 に、<u>市町村名1</u>を被告として(訴訟において<u>市町村名2</u>を代表する者は<u>市町村長</u>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

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

医療機関宛	第		号
	年	月	日

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	保険者番号	
記号及び番号	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)		
L		

(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

市町村名

年 月 日 1/1 ページ

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
110	中明色刀	中月日	文和有笛方	平八八 石	本八 <u>住</u> 別	生 年 月 日	你们看想	不灰り埋現	別特色刀

	自	立支援	爱 爱	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										
	フリガナ	1				<u> </u>				生年月日]
受	氏 名										
⇒ ∧	住 所								•		
診	 被保険者証の					保険者番	号				
者	記号及び番号					保険者名	7				
	重度かつ継続					•	•				
		フリガ	ナ							続	柄
保護 場合	者(受診者が18歳未満の	氏名	À								
勿百言	(L/V)	住原	沂								
指.	病院・診療所					所在地・ 電話番号					
定医療機関	薬 局					所在地・ 電話番号					
名	訪問看護事業者					所在地・ 電話番号					
	自己負担上限額						ı				
	有 効 期 間			年	月	日 から		年	月	日ま	で
	上記のとおり認定する	0									
	年月	Ħ							00	市町村長	印

支給要件の確認方法 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

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			

窓空宛名			第	号
			年 月	日
通	知	書		
(申請者) 様				

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。

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

窓空宛名	第		号
	年	月	日

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	
住所	
受給者証有効期間	

(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。

(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

窓空宛名		

 第
 号

 年
 月

 日

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)

(申請者) 様

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
文的有	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

調査書

申	請日		年	月	日	精神障害者 保 健 福 祉 手 帳 番 号						
氏	請 者 名及び 年月日											
启	 合住地											
世		氏 名			年齢	続柄	市町有	村民税調	見税の 無	所得割額	備	考
帯												
員												
D AL												
状 況												
76												
									A 据			Ш
								上所得 害年金				円 円
所	得区分						手	<u>当</u>	 			円
721	131-27						収		額			円
							所	得割	額			円
負担	旦上限額						重	度かつ維	继続			
その	他参考と											
すべ	き意見等											
		Lana S										
上貳	己のとおり配 年	確認しましまり 月ート										
	1	/ 1					調査者					

調 査 書

	申請年	F月 日		年	月	日	ı	申請者	氏名						
	申請の	つ種類													
	住	所	Î												
対	フ	リガナ	•												
象 者	氏	名	ı												
	生	年月日	1	年	三月	日	É	電話者	番号						
		丘		Þ	左步		象者の		課税	状			/#:	-1 γ.	
		氏	1	名	年齢	令 と 続	の 柄	課利	说区分		ī 民 行得		備	考	
世帯															
員															
の 状															
況	非		氏	 名	所	得		 	手		á		<u></u> 合	計	
	課				721	円	144 1		円		円		— Н	μι	円
	税世														
-11	帯														
	世帯区:	<u> </u>			der			-l-r ->-	l⇔ der*			• >	-th -th -1	n der	
ā	基準		円	見積	<u>額</u> 円	木	川 用	者 負	担額			公	費負担	旦 額	
	E	妬 (当 ‡	L 上限額		_									
		118 5	<u> </u>		円	_				円					円
	用具	L 名		基準額	頂	<u> </u> 見	積額	Ę	利月	者	 負担		公費	負 担	1
					円			円			円			F.]
1	合 - 記の	計したり	龙	扨しました	円			円			円			<u>円</u>]
	⊸āĊVJ	こわり	1/1生言	認しました。 年	月		日		調査者	<u> </u>					

判 定 依 頼 書

身体障害者更生相談所長 様

市町村長

下記の者に対する判定を依頼します。

	フリガナ	
	氏 名	
身体障害者	生年月日	
	住 所	
身体障害者	手帳番号	交 付 日
手 帳	等 級	再交付日
障 害 名		
申請の種類		
判		
判 定 依 頼 事 項		
判定予定日		判定会場
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

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

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	住	所	₸							
象	フリ	ガナ								
者	氏	名								
	生年	月日	年。	月 日			電話			
=	支給番	루			支給	決定日		年	月 日	
ì	央定内邻	容			借受	:け期間	年 月	日~	年 月 日	
1	補装具名	À								
補	名	称								
装具業	所 右	三地	〒							
者	電	話								
	基準額		見積額			利用者負担	旦額		公費負担額	
		円	円	合計	額			円	(合計額)	
	日	額負扣	上限額	□ #	石	(初 月)		円		
	月額負担上限額			月智 (借受けの		(中間月) 円		円		
			円	(IIIX)	(借受けの場合) (最終月) 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。

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

補装具費支給券

支	給	番	号					支 給決定日		年	月	日	
購入		受け・修 の :	理別										
	受け			名	Ę.	月	日	~		年	月	日	
氏			名					生年月日		年	月	目	
住			所					<u> </u>					
保	護者	 氏名							続 柄				
補き	装 具	の名称						修理部位					
処			方						•				
1.45 \	<u> </u>	名和	际										
伸 3	_{麦 具} 者	所在地	拉										
		電	括										
	基準額			見	積額			利用者負担額	額		公費負担	担額	
		円				円							
		月額負	担」	上限額					ш				ш
		月額負	担」	上限額		円			円				円
		月額負		決定す	る。 月	円 日			円	Ti Ti	5町村長	印	円
判検	定查	- 記のとま		決定す		日	目	判定員職氏名	円	T T	万町村長	即	円
	定	ニ記のと≯ 判 / 年 月 F	おり定日領	決定す	月	日		判 定 員職 氏 名 受領者氏名	円	तं	方町村長 本人 ! の関係	<u></u>	円 —
検受	定査領	=記のと [*] 判年月 受	定日順日	決定す年	年年	月月月	日日	氏 名 受領者氏名	円	न	本人と	<u></u>	円 —

(お問合せ先)

受任者

●●市福祉部障害福祉課

氏名

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

補 装 具 費 支 給 券

支 給	番号	寻				支 給決 定日		年	月	目	
借受け	期間		年	月	日	~		年	月	日	
氏	2	名				生年月日		年	月	目	
住	Ē	折									
保護者	氏 名						続 柄				
補装具の)名称					修理部位					
処	-	方					,				
岩 壮: 目	名和	尓									
補装具業者	所在地	1									
	電話	舌									
基準額	頁		見積額	預		利用者負担額	頁		公費負担	坦額	
	円			μ,]						
	月額負	担_	上限額				円				円
				P.]						
上	記のとま	うり	決定する。 年 月					ī	市町村長	: 印	

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 $\bullet \bullet \uparrow \bullet \bullet 1-2-3$

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

補 装 具 費 支 給 券

支 給	番	号				支 給決 定日		年	月	日	
借受り	期 間		年	月	日	~		年	月	日	
氏	ž	名				生年月日		年	月	日	
住	j	所									
保護者	 氏名						続 柄				
補装具	の名称					修理部位					
処		方									
+± ++ =	名	尓									
補 装 具 業 者	所在地	1									
	電言	舌									
基準	額		見積額			利用者負担額	須		公費負担	額	
	円			円							
	月額負	担_	上限額				円				円
				円							
_1	:記のとお	さり	決定する。 年 月	日				市	可村長	印	
返 却 確 認	返却日		年	月	目 :	業者名					
14年 前心	22 AV H		1	/ 1		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

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

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	等、補装	長具費(の対象	となら	ないも	のは隊	余く。	円
利	用		者	負	1	担		額	
小山	л		11	F		1旦		钡	円
補	装	具	Ī	費	請	求	<u>}</u>	額	
THI	333	<i></i>			PH H			11只	円
請求	者兼委任者		住房	f					
(障害	害者又は障害	害児							
のほ	2誰者)		氏 な	<u></u>					

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)				
	代表え			

窓空宛名		

第号年月日

市町村長

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	住		所	Ŧ									
象	フリ	ガナ	-										
者	氏		名										
	生年	三月日	3	年	,	月 日				電話			
支給番号							支約	決	定日	年			月日
決定内容				(購入・借受に	ナ・何	 多理)	借受	きけ:	期間	年	月日	∃~	年 月 日
,	補装具	名											
基準額				見積額				禾	川用者負担	旦額			公費負担額
円			円合		合計	額					円	(合計額)	
月額負担上限額			上限額		□ <i>i</i> i	bu:	(才	刃 月)			円		
71 N. A. 15 L. PAN			L-[X-1]X		月額		(中間月)		円				
				円	(借受) 合)	ナの場	(卦	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

(表 面)

特別児童扶養手当受給資格者名簿 名 町 村 整理 個人 年 月 日認定 番号 番号 口座番号等 名 称 氏 支払 住 金融 · 変更) 変更) 所 翼 変更) · 変更) 生年月日 証書の記号・番号 第 証 書 円(\mathcal{O} 手 交 付 円(月 返 付 額 円(個人番号 考 等級 氏 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 支給対象障害児 喪失年月日 喪 失 事 由 受給資格 考

(裏 面)

整理 番号			氏 名					証書の記号・番号		第	号	
					特別児童扶着	 奏手当	支払記録					
		X		分	年		年		年		年	
		届出		有 無	有・無		有・無		有・無		有・無	
所得	身状況届		との該当・非		該・非(災)	į	亥・非(災)	該	非(災)		該・非(災)	
			扶養人数特障・老		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		F 月から F 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 税法上の扶養親族等 及び12月31日現在の 維持した児童の合計数	の数 生計	配偶者又は扶養 所得に係る税法」 親族等の数	義務者の この扶養	総所得金額等の額	合計	備 考 (控除の種類 ^会	等)
	受			本 人						円		
	配・扶									円		
年	配•扶									円		
	受			本 人						円		
	配・扶									円		
年	配•扶									円		
	受			本 人						円		
	配・扶									円		
年	配・扶									円		

(表 面)

特別児童扶養手当受給資格者台帳

整理番号	<u> </u>		個人 番号						年	月		日認定		指 (定都	市 名	<u>(</u>
	<u>'</u>		<u> </u>			•						名	称		口座	番号	等
氏				住						-	支						
											払 金						
名										1	並融						
				所			(変更		機機				(.		変更)
											関						
	月日						(.		変更	頁) 「	121				(.		変更)
証書	記 号	• 番 号			第	F			号	手		• •				円 ()
(交	•	• ()	• •	()		()	•	• ()	当		• •				円 ()
付	•	• ()	• •	()	• •	()	•	• ()	月		• •				円()
•	•	• ()	• •	()		()	•	• ()	額		• •				円 ()
返																	
付)			T				ı							1		ı	
支障	等級	氏 名	個人	番号	景 続 柄 生	年 月 日	該当年	三月日	有期診	诊断日	等	非該当予定	年月日	非該	当年月日	非該	当事由
							•	•				•	•				
対児							•					•	•				
象												•					
-30																	
		×	<u> </u>			年				年			4	年			年
		届 出 の) 有 無		有	• 無		有	• 無	H:			無			•	無
配便				NA S EN										///			
D 1=	F4/\{/\L/III	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 (障・特障		除		円	人		円	人			円	人		円	人
支	給	停 止				年 月か	È		<u> </u>	月から		年	日	から		年	月から
	/rμ	11 777				- 年 月ま				月まて		年		まで		年	月まで
受給	資格喪失	喪 失	年月日	1	•	•		失事由				·				'	
備	声 考			•			•		•								

整番		氏	名			i	証書の記号・番号			第		号
					見童 扶着	奏 手 当 支	払 記 録		1			
	区 分	氏 名	個人番号	受給資 格者と の続柄	支船員督有 税法上の 及び 12 月 計維持した	の所得に係る 養親族等の数 31 日現在の生 児童の合計数	配偶者又は扶養 の所得に係る税 扶養親族等の数	養務者 位法上の で	総所得金 の合計名		備 (控除(考 の種類等)
	受給資格者			本人						円		
	配・挟									円		
年	配・扶									円		
	受給資格者			本人						円		_
	配・挟									円		
年	配・扶									円		
	区分		年			年			年			年
		1)	2		1)	2	①		2	1		2
12	8 月分 9 月分	円 円			円 円		-	円 円			円 円	
月	10 月分 11 月分	円 円	_		円円			円 円			円円	
	計 支払済	. 円		•	円		•	Э			円.	
渡	年月日			•	•						•	
4	12 月分 1 月分	<u>円</u> 円	_		円円			Ч			円 円	
月	2 月分 3 月分	円 円			円円			刊 円			円 円	
	計	円			円		F	Ч			円	
渡	支払済年月日	· · ·		•	•		: :			•	•	
8	4 月分 5 月分	円 円			円 円			Ч			円円	
月	6 月分 7 月分	円 円	4		円 円		-	, 円			円 円	
	計	円			円			Ч			円	
渡	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

提出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

 第
 号

 年
 月

 日

都道府県知事 殿

市町村長

特別児童扶養手当証書受領書

受 給 者 氏 名	証書の記号・番号	備	考

第号年月日

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

				証書の		住所変更届又	は支払金融機関の場合
の	種	類	年月日	記号•番号	氏 名	IΒ	新

窓空宛名	第		号
	年	月	日

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	 支払については、都道府県名が行います。 前もって届出のありました金融機関の通帳に、(振込通知は、出しておりません) 振込みは、4月、8月、12月の〇日予定とな(予定日以降に通帳で確認してください) お渡しする証書の裏面に説明および注意書きみください。 	つております	- o
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

窓空宛名	第	н	号
	年	月	日

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

窓空宛名	

 第
 号

 年
 月

 日

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

(表面)



※※整理番号 第	号 %	※市区町村受付年月日※市区町村提出・・・							
特別児童扶養手当所得状況届 (年分)									
①証書記号·番号 第 号		②氏名				3住所			
④個人番号	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、⑥70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、⑥特定扶養親族の数、⑥16歳以上19歳未満			人 八 八 八		人	(人 <i>八</i>		人
の控除対象扶養親族の数)) 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			人						
①所得額		Р	_	円	※円	円		円	※円
計配偶者及び扶着		٦	, ,	人	円	人		人	円
控 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・		J	円	人	円	人	. 円	人	円
(4)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
除质		Р		円	円	円	_	円	円
		F		円	円	円		円	円
⑩社会保険料等相当 ⑪控除後の所得額	当観		<u>円</u> 円		円円		<u>] 円</u> 円		円円
(8本年8月1日における支給 対象障害児の状況		障害児	続柄	個人番号		年 月日	同居別	在学	学年
		氏 名	枘	四八田刀		171 H	居の別	学校名	年
					•	•	同居 別居		
					•	•	同居 別居		
							同居 別居		
						•	同居		
						•	別居同居		
し	2017年11日11日11日						別居		
上記のとおり、所得状況を届け出ます。 年 月 日									
知事						氏名			
市長	殿								
⑤~①欄の記				⑧の欄及びそ	の他の欄	の			
載事項 記載事項									
※ 上記のとおり、相違ありません。									
<u></u>	手 月 日	市区町村長							
※※所得制限額	以上・未満					111万m14,7	X		

◎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。

(A列4番)

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、公に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、公に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 ①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 ⑤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						0 0 0 0 0 2 0 A
					通 番 証書番号	
		 特別児	童扶養引	与当現況届	(年度)
受給者	フリガナ 氏 名				生年月日	
文 和 有 —	住 所			電話番号		
	氏 名				生年月日	
支給対象 障 害 児 1 人 目 _	施設への入所状況	□入所中 □入 年 月	所予定 日から	□入所 年 月 年 月		□入所していない
	公的年金の 受給状況	施設名(※1) □受年金の名称(※2	を給している) 年金	る □申請中 の種類(※3)	基礎年金番号	□受給していない
	氏 名		1		生年月日	-
文紹对家 「	施設への入所状況	年 月	所予定 日から	□入所 年 月 年 月		□入所していない
	公的年金の 受給状況	施設名(※1) □受 年金の名称(※2	を給している) 年金	る □申請中 の種類(※3)	基礎年金番号	□受給していない
(※2) 国国	尺年金・厚生年	日 母子生活支援施設、 金・共済年金・船員 賞年金をご記入くだ	年金・恩給			-
		ナ。なお、手当の受給 受けることに同意し		認にあたり、。	乙要に応じて 上	記に係る者の公的年
市区町村長	年 月 あて	日	<u>受給者</u> 戶			
			届出人」 (受給者と			
						゚ ゚゚゚することができます