

知的障害者施設支援 施設受給者証(案)

(四)

注意事項

- 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 指定施設支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。
- 3 指定施設支援を受けるときに支払う金額は、利用者負担額欄に記載された金額です。
- 4 支給期間を経過したときは、施設訓練等支援費の支給を受けられませんので、支給期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、施設訓練等支援費の支給の再申請をしてください。
- 5 利用者負担額については、負担能力の認定を毎年行い、負担能力に応じて利用者負担額を決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係

(五)

書類を市町村に提出してください。

- 6 知的障害程度区分の変更をする必要がある場合は、知的障害程度区分の変更の申請をすることができます。
- 7 この証の1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。
- 8 支給期間内に、居住地を他の市町村の区域に移すと、この証は使えなくなります。
居住地を移そうとする場合は、事前に、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

(六)

ください。

- 9 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けて下さい。
また、再交付を受けた後、失っ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。
- 10 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。
- 11 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 12 この証に記載されていない知的障害者施設支援については、施設訓練等支援費の支給は受けられません。

(身体障害者 知的障害者 児童)居宅支援
居宅介護契約内容(居宅受給者証記載事項)報告書

平成 年 月 日

〒
市(町・村)

市(町村)長 様

事業者番号	.....
事業者及び その事業所 の名称 代表者	

下記のとおり当事業者との契約内容(居宅受給者証記載事項)について報告します。

記

報告対象者

居宅受給者証番号	.....	
支給決定障害者 (保護者)氏名		支給決定に係る 児童氏名	

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の 事業者記入欄 の番号	サービス内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を変更した日)	理由
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する 事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の 終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由
			1 契約の終了
			2 契約の変更
			1 契約の終了
			2 契約の変更
			1 契約の終了
			2 契約の変更
			1 契約の終了
			2 契約の変更

(身体障害者 知的障害者 児童)居宅支援
 デイサービス契約内容(居宅受給者証記載事項)報告書

平成 年 月 日

〒
市(町・村)

市(町村)長 様

事業者番号	.....
事業者及び その事業所 の名称 代表者	

下記のとおり当事業者との契約内容(居宅受給者証記載事項)について報告します。

記

報告対象者

居宅受給者証番号	.....	
支給決定障害者 (保護者)氏名		支給決定に係る 児童氏名	

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の 事業者記入欄 の番号	サービス内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を変更した日)	理由
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更
				1 新規契約
				2 契約の変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する 事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の 終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス 提供を終了する理由
			1 契約の終了
			2 契約の変更
			1 契約の終了
			2 契約の変更
			1 契約の終了
			2 契約の変更
			1 契約の終了
			2 契約の変更

身体障害者 知的障害者 児童
居宅生活支援費・施設訓練等支援費 請求書

(あて先) 市(町・村)長

請求金額	十億			百万			千			円
------	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

内 訳	平成		年		月分		
	請求支援費名					明細書件数	金額
	合 計						

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

事業者番号										
請求事業者	住所 (所在地)	〒								
	電話番号									
	名称									
	職・氏名									

居宅生活支援費明細書
(居宅介護)

平成	年	月分
----	-------	---	-------	----

居宅受給者証番号	事業者番号
支給決定障害者(保護者) 氏 名	事業者及びその事業所の名称
支給決定に係る 児童氏名	

	サービス内容	サービス単価	数量	サービス計	摘要
居宅支援に通常要する費用の額計算欄					
当月居宅支援に通常要する費用の額合計					

	利用者負担額単価	数量	利用者負担額計	摘要
利用者負担額計算欄	本人分			
	扶養義務者分			
	当月利用者負担額合計			

居宅生活支援費請求額	円
------------	---

居宅生活支援費明細書
(デイサービス)

平成	年	月分
----	-------	---	-------	----

居宅受給者証番号	.....	事業者番号	.....
支給決定障害者(保護者) 氏 名		事業者及びその事業所の名称	
支給決定に係る 児童氏名			

居宅支援に通常要する費用の額計算欄	サービス内容	サービス単価	数量	サービス計	摘要	
	当月居宅支援に通常要する費用の額合計					

利用者負担額計算欄	利用者負担額単価	数量	利用者負担額計	摘要	
	本人分				
	扶養義務者分				
	当月利用者負担額合計				

居宅生活支援費請求額	円
------------	---

居宅生活支援費明細書
(短期入所)

平成		年		月分	
----	--	---	--	----	--

居宅受給者証番号	
支給決定障害者(保護者) 氏名	
支給決定に係る 児童氏名	

事業者番号	
事業者及びその事業所の名称	

決定支給量	日	サービス提供日	1	2	3	4	5	6	7
			8	9	10	11	12	13	14
提供量	日		15	16	17	18	19	20	21
			22	23	24	25	26	27	28
			29	30	31				

居宅支援に通常要する費用の額計算欄	サービス内容	サービス単価	数量	サービス計	摘要	
	当月居宅支援に通常要する費用の額合計					

利用者負担額計算欄	利用者負担額単価	数量	利用者負担額計	摘要	
	本人分				
	扶養義務者分				
	当月利用者負担額合計				

居宅生活支援費請求額	円
------------	---

知的障害者地域生活援助居宅生活支援費明細書

平成	...	年	...	月分	事業者番号	.....
					事業者及びその事業所の名称	

居宅受給者証番号	利用者氏名	支援費基準月額単価	当月居宅生活支援費請求額	基準月額単価と当月算定額が異なる場合の積算根拠と理由
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
.....				
小 計				本明細書の小計を記入
当月居宅生活支援費請求額合計				明細書が複数枚となる場合、最終枚に記入

	枚中		枚目
--	----	--	----

施設訓練等支援費明細書

(身体障害者更生施設 身体障害者療護施設 身体障害者授産施設 知的障害者更生施設 知的障害者授産施設 知的障害者通勤寮 心身障害者福祉協会の設置する福祉施設)

事業者番号

平成 年 月分

指定施設の名称

施設受給者証番号	利用者氏名	支援費基準月額 単 価 当月算定額	加算			利用者負担基準月額 単価(扶養義務者) 当月算定額	利用者負担基準月額 単価(扶養義務者) 当月算定額	当月施設訓練等 支援費請求額	基準月額単価と当月算定額が異なる場合の積算根拠と理由
			基準月額単価 当月算定額	基準月額単価 当月算定額	基準月額単価 当月算定額				
小 計									
当月施設訓練等支援費請求額合計									明細書が複数枚となる場合、最終枚に記入

枚中 枚目

平成 年 月分 居宅介護サービス提供実績記録票

居宅受給者証番号	支給決定障害者(保護者)氏名 (児童氏名)	事業者番号														
サービス内容及び契約支給量		事業者及びその事業所の名称														
利用者負担額	本人	扶養義務者														

サービス内容																	
提供時間帯																	
日付	曜日	開始時間	終了時間	実績時間数	派遣人数	利用者負担額		サービス提供者印	利用者確認	開始時間	終了時間	実績時間数	派遣人数	利用者負担額		サービス提供者印	利用者確認
						本人	扶養義務者							本人	扶養義務者		
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
		:	:							:	:						
合計																	

(様式第29号)

平成 年 月分 デイサービス提供実績記録表

居宅受給者証 番 号	支給決定障害者(保護者)氏名 (児 童 氏 名)				事業者番号				
サービス内容及び 契約支給量								事業者及び その事業所 の名称	
利用者負担額	本 人				扶養義務者				

サービス内容											
日 付	曜 日	開始時間	終了時間	実績時間数	給食	送迎	入浴	利用者負担額		利用者 確認	
								本 人	扶養義務者		
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
		:	:								
合計											

平成 年 月分 短期入所サービス提供実績記録表

居宅受給者証 番号	支給決定障害者(保護者)氏名 (児童氏名)				事業者番号
決定支給量					事業者及び その事業所 の名称
利用者負担額	本人	扶養義務者			

開始日		終了日		宿泊を伴わない場合の利用時間		実績 日数	送迎	利用者負担額		利用者 確認
日付	曜日	日付	曜日	開始時間	終了時間			本人	扶養義務者	
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
				:	:					
合 計										

施設訓練等支援費支給管理台帳 (身体障害者 知的障害者)

(様式第32の1号)

施設受給者証番号	.....	支給決定障害者氏名		支給決定に係る扶養義務者氏名	(続柄)	
支給決定日			支給期間			
施設支援の種類及び内容						
障害程度区分		利用者負担額	本人階層及び額		扶養義務者階層及び額	

利用者負担額改定・変更

改定・変更日	本人		扶養義務者				改定・変更理由
	階層	額	氏名	続柄	階層	額	

障害程度区分変更

申請・職権	申請日	変更後障害程度区分	変更決定(却下)日	変更決定(却下)理由

