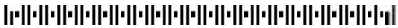
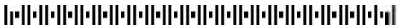


9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  1	9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  2
9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  3	9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  4
9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  5	9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  6
9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  7	9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  8
9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  9	9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  10
9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  11	9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  12
9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  13	9 9 9－9 9 9 9 ●●県●●市●●1－2－3 あいうえおかきくけこ ■ ■ 太郎 様 (▲▲ 花子 様分)  14

帳票詳細要件 (01)

業務	01. 障害者福祉共通	帳票ID	0220001
帳票名称	01. 宛名シール		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	1人目	郵便番号	●			
2		住所	●			
3		方書	●			
4		氏名	●			氏名＋全角スペース＋” 様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること 例) ＋” 御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
5		対象者氏名		●		” (“ ＋氏名＋全角スペース＋” 様分) ” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
6		カスタマーバーコード	●			
7		番号		●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、1からの連番、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。
8	2人目	郵便番号	●			
9		住所	●			
10		方書	●			
11		氏名	●			氏名＋全角スペース＋” 様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること 例) ＋” 御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
12		対象者氏名		●		” (“ ＋氏名＋全角スペース＋” 様分) ” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
13		カスタマーバーコード	●			
14		番号		●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、1からの連番、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。
15	...					
16	N人目	郵便番号	●			
17		住所	●			
18		方書	●			
19		氏名	●			氏名＋全角スペース＋” 様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること 例) ＋” 御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
20		対象者氏名		●		” (“ ＋氏名＋全角スペース＋” 様分) ” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
21		カスタマーバーコード	●			
22		番号		●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、1からの連番、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。
23	N+1人目以降は改ページする					※宛名シールのシートにより、出力できる対象者数（枚数）に合わせて改ページすること。

999-9999

●●県●●市●●1-2-3

あいうえおかきくけこ

■ ■ 太郎 様

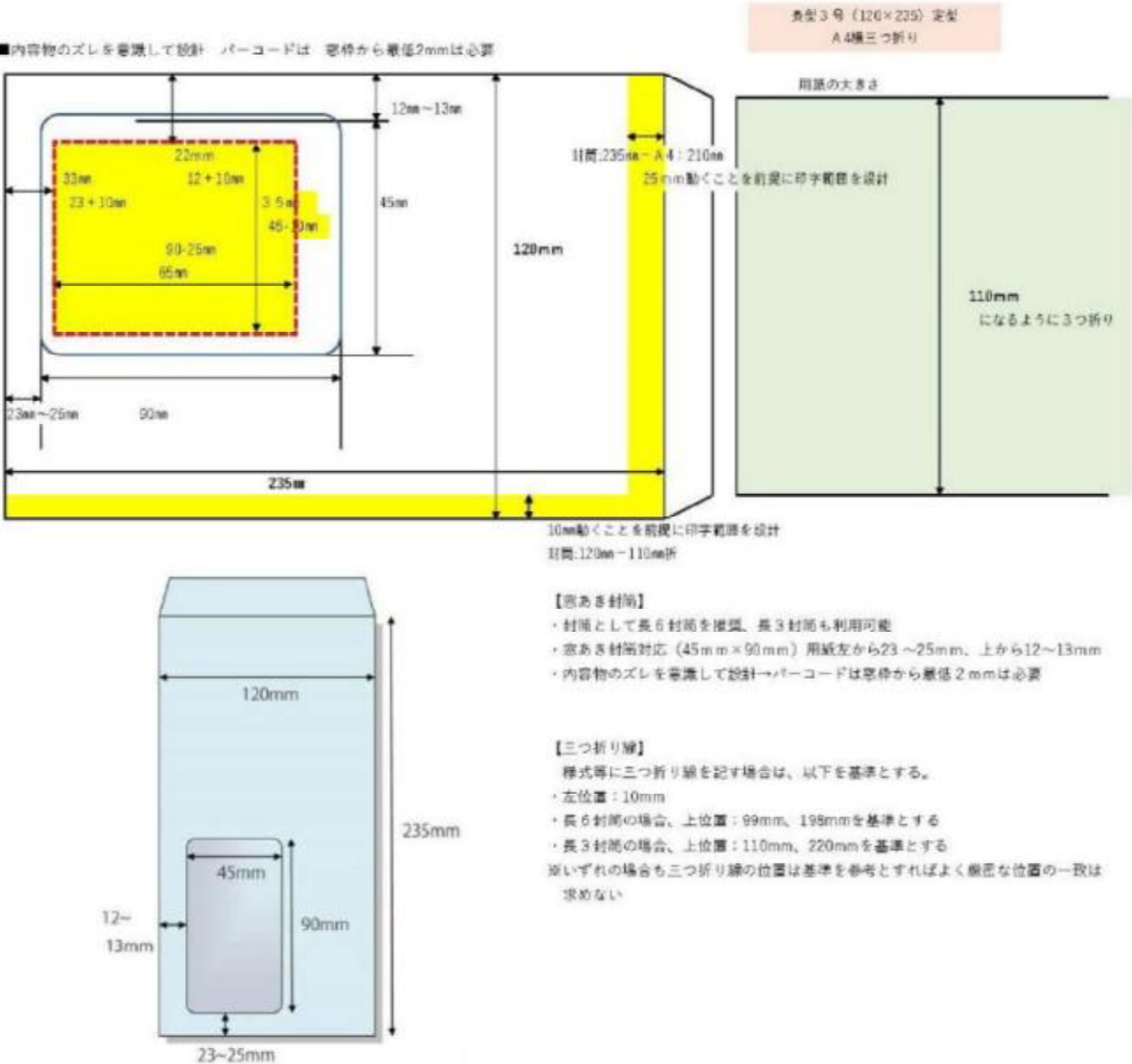
(▲▲ 花子 様分)

|||||

1

(参考) 宛名部分に対応した封筒レイアウトを以下に示す。

封筒レイアウト



帳票詳細要件 (02)

業務	01. 障害者福祉共通	帳票ID	0220002
帳票名称	02. 窓空き宛名		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	郵便番号		●			
2	住所		●			
3	方書		●			
4	氏名		●			氏名＋全角スペース＋” 様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること 例) ＋” 御中 ※付加する敬称はパラメタで設定できること
5	対象者氏名			●		” (” ＋氏名＋全角スペース＋” 様分) ” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
6	カスタマーバーコード		●			
7	番号			●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、1からの連番（一括出力時を想定）、宛名番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。

9 9 9 - 9 9 9 9

●●県●●市●● 1-2-3

あいうえおかきくけこ

■ ■ 太郎 様

(▲▲ 花子 様分)



●●市福祉部障害福祉課

123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111

FAX 番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (03)

業務	01. 障害者福祉共通	帳票ID	0220003
帳票名称	03. 窓空き宛名・問合せ先		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	郵便番号		●			
2	住所		●			
3	方書		●			
4	氏名		●			氏名＋全角スペース＋”様” 事業者等の場合は、設定された敬称を付加すること 例) ＋”御中” ※付加する敬称はパラメタで設定できること
5	対象者氏名			●		”(＋氏名＋全角スペース＋”様分)” ※本人以外（送付先や保護者等）が設定されている場合は、本人氏名を上記の編集条件で印字する ※当制御を行うかはパラメタで設定できること
6	カスタマーバーコード		●			
7	番号			●		対象者やその他の送付物との結び付け用、送付前引き抜き用の番号 利用する番号は、1からの連番（一括出力時を想定）、宛番号や受給者番号等、結び付けや特定が可能な番号とする。
8	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
9		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
10		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
11		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
12		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

第 号
年 月 日

身体障害者手帳交付証明書

都道府県知事・指定都市・中核市市長 印

下記の者は、身体障害者手帳の交付者であること（あったこと）を証明します。

固定文言1

記

氏 名			生年月日	
住 所				
保 護 者	氏 名		本人との続柄	
	住 所			
手帳番号			交 付 日	
総合等級			再交付日	
障害種別			返 還 日	
障 害 名				

	障害部位	部位等級	部位認定日	再認定年月
1				
2				
3				
4	自由記載 1			
5				
6	「障害部位ごとの等級等」に関する項目を、表形式で出力する。			
7				
8				
9				
10				

自由記載 2

(お問合せ先)
●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メー ル xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (01)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220004
帳票名称	01. 身体障害者手帳交付証明書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		●			
3	発行日		●			和暦表記
4	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
8	氏名		●			
9	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	保護者	氏名	●			
12		本人との続柄	●			
13		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
14	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
15	交付日		●			和暦表記
16	総合等級		●			
17	再交付日		●			和暦表記
18	障害種別		●			
19	返還日		●			和暦表記
20	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
21	自由記載 1	障害部位①		●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22		部位等級①		●		
23		部位認定日①		●		
24		再認定年月①		●		
25		障害部位②		●		
26		部位等級②		●		
27		部位認定日②		●		
28		再認定年月②		●		
29		障害部位③		●		
30		部位等級③		●		
31		部位認定日③		●		
32		再認定年月③		●		
33		障害部位④		●		
34		部位等級④		●		
35		部位認定日④		●		
36		再認定年月④		●		
37		障害部位⑤		●		
38		部位等級⑤		●		
39		部位認定日⑤		●		
40		再認定年月⑤		●		
41		障害部位⑥		●		
42		部位等級⑥		●		
43		部位認定日⑥		●		
44		再認定年月⑥		●		
45		障害部位⑦		●		
46		部位等級⑦		●		
47		部位認定日⑦		●		
48		再認定年月⑦		●		
49		障害部位⑧		●		
50		部位等級⑧		●		
51		部位認定日⑧		●		
52		再認定年月⑧		●		
53		障害部位⑨		●		
54		部位等級⑨		●		
55		部位認定日⑨		●		
56		再認定年月⑨		●		
57		障害部位⑩		●		
58		部位等級⑩		●		
59		部位認定日⑩		●		
60		再認定年月⑩		●		
61	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
62	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
63		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
64		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
65		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
66		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

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 印

先に申請のありました身体障害者手帳について、都道府県より送付されましたので、下記のとおりお渡します。

固定文言 1

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			生年月日	
住 所			手帳番号	
保 護 者	氏 名		本人との続柄	
	住 所			
固定文言 2 お持ちいた だくもの	固定文言 3 + 編集 1 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） 3. 受取りに来る方の本人確認書類			
固定文言 4 備 考	固定文言 5 + 編集 2			

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

帳票詳細要件 (02)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220005
帳票名称	02. 身体障害者手帳交付（再交付）について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13	保護者	氏名	●			
14		本人との続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	お持ちいただくもの （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	備考 （固定文言 4）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	固定文言 5＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
25	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

身体障害者手帳交付（再交付）決定通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長 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。

固定文言 1 + 編集 1

記

氏 名			生年月日	
住 所				
保 護 者	氏 名		本人との続柄	
	住 所			
手帳番号			交付年月日	
総合等級			障害種別	
障 害 名				
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 2			

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。）。

教示文

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

帳票詳細要件 (03)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220006
帳票名称	03. 身体障害者手帳交付（再交付）決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1 + 編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	交付年月日		●			和暦表記
17	総合等級		●			
18	障害種別		●			
19	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
20	備考 （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	固定文言 3 + 編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
23	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
24		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
25		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
26		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
27		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
28	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

窓空宛名

第号

年月日

身体障害者手帳交付申請却下決定通知書

都道府県

知事・

指定都市・中核市

市長

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。

固定文言 1 + 編集 1

記

氏名			生年月日	
住所				
保護者	氏名		本人との続柄	
	住所			
申請日			申請事由	
理由				

自由記載 1

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ません。）。

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ません。）。

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ません。）。

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1－2－3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (04)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220007
帳票名称	04. 身体障害者手帳交付申請却下決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1 + 編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所 + 全角スペース + 方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所 + 全角スペース + 方書
15	申請日		●			和暦表記
16	申請事由		●			
17	理由		●			判定結果コードが「却下」の場合に判定理由を印字すること
18	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
19	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号 + 全角スペース + 住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第号

年月日

身体障害者手帳の再認定について

都道府県

知事・

指定都市・中核市

市長

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19条第1項の規定に基づく診査が必要です。

固定文言1

なお、詳細については、再認定を行うべき月の概ね1か月前に改めて通知されますのでご了承ください。

記

氏名			生年月日	
住所				
保護者	氏名		本人との続柄	
	住所			
手帳番号				
障害名				
等級		再認定の時期		
再認定を要する理由	障害程度に変化が予想されるため			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集1			

自由記載1

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課
住所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (05)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220008
帳票名称	05. 身体障害者手帳の再認定について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	障害名		●			再認定となっている障害部位を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
17	等級		●			再認定となっている障害部位の等級を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
18	再認定の時期		●			再認定に該当する障害部位に対応した再認定年月を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する 和暦表記
19	再認定を要する理由		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
20	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
23	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
24		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
25		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
26		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
27		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

転入前自治体

第
年

月

号
日

身体障害者手帳居住地等変更通知書

都道府県

知事・

指定都市・中核市

市長

印

下記の者から居住地・氏名変更の届があったので通知します。
つきましては、更生指導の経過等に関する資料を**固定文言1**（お問合せ先）まで送付願います。

記

異 動 日			
(旧) 氏 名		生 年 月 日	
(旧) 住 所			
手帳番号		交付年月日	
総合等級		障 害 種 別	
障 害 名			
変更後	氏 名		
	住 所		

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1－2－3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (06)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220009
帳票名称	06. 身体障害者手帳居住地等変更通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216（全国自治体情報を利用した印字）のとおりに印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	異動日		●			転入もしくは氏名変更に係る異動日を設定すること 和暦表記
14	(旧) 氏名		●			変更前氏名
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	(旧) 住所		●			転入前住所 住所＋全角スペース＋方書
17	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
18	交付年月日		●			和暦表記
19	総合等級		●			
20	障害種別		●			
21	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
22	変更後氏名		●			現氏名
23	変更後住所		●			現住所 住所＋全角スペース＋方書
24	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
25	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
26		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
27		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
28		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
29		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

年 月 日作成

身体障害者更生指導台帳				手帳番号		
障害者 本人	カナ氏名			生年月日		
	氏 名					
		住 所				電話番号
保護者	氏 名			本人との続柄		
	住 所					
初回交付年月日				再交付年月日		
総合等級				障害種別		
障害名						
	障害部位	部位等級	部位認定日	再認定年月	障害内容	
1						
2						
3						
4			自由記載 1			
5	「障害部位ごとの等級等」に関する項目を、表形式で出力する。					
6						
7						
8						
9						
10						
家 族 状 況	氏 名		本人との続柄		生年月日	
固 備 定 文 言 考 言 1	固定文言 2 + 編集 1					

自由記載 2

帳票詳細要件 (07)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220010
帳票名称	07. 身体障害者更生指導台帳		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	作成日		●			印刷した日 和暦表記
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容+全角スペース+第〇〇〇号
5	障害者本人	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所	●			住所+全角スペース+方書
9		電話番号	●			
10	保護者	氏名	●			
11		本人との続柄	●			
12		住所	●			住所+全角スペース+方書
13	本籍				●	<実装不可とした理由> 平成31年3月29日の事務連絡「身体障害者福祉法施行規則及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行について」にて、交付申請書から本籍地、職業、教育の欄が削除されたことを踏まえ、実装不可とした。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは、印字項目を削除した。（以降の職業も同様。）
14	初回交付年月日		●			和暦表記
15	再交付年月日		●			和暦表記
16	総合等級		●			
17	障害種別		●			
18	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
19	自由記載 1	障害部位①		●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
20		部位等級①		●		
21		部位認定日①		●		
22		再認定年月①		●		
23		障害内容①		●		
24		障害部位②		●		
25		部位等級②		●		
26		部位認定日②		●		
27		再認定年月②		●		
28		障害内容②		●		
29		障害部位③		●		
30		部位等級③		●		
31		部位認定日③		●		
32		再認定年月③		●		
33		障害内容③		●		
34		障害部位④		●		
35		部位等級④		●		
36		部位認定日④		●		
37		再認定年月④		●		
38		障害内容④		●		
39		障害部位⑤		●		
40		部位等級⑤		●		
41		部位認定日⑤		●		
42		再認定年月⑤		●		
43		障害内容⑤		●		
44		障害部位⑥		●		
45		部位等級⑥		●		
46		部位認定日⑥		●		
47		再認定年月⑥		●		
48		障害内容⑥		●		
49		障害部位⑦		●		
50		部位等級⑦		●		
51		部位認定日⑦		●		
52		再認定年月⑦		●		
53		障害内容⑦		●		
54		障害部位⑧		●		
55		部位等級⑧		●		
56		部位認定日⑧		●		
57		再認定年月⑧		●		
58		障害内容⑧		●		
59		障害部位⑨		●		
60		部位等級⑨		●		
61		部位認定日⑨		●		
62		再認定年月⑨		●		
63		障害内容⑨		●		
64		障害部位⑩		●		
65		部位等級⑩		●		
66		部位認定日⑩		●		
67		再認定年月⑩		●		
68		障害内容⑩		●		
69	家族状況①	氏名	●			
70		性別			●	<実装不可とした理由> 申請書及び手帳への性別表記が廃止されたことを踏まえ、実装不可とした。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは、印字項目を削除した。（以降の性別も同様。）
71		本人との続柄	●			
72		職業			●	
73		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
74	家族状況②	氏名	●			
75		性別			●	
76		本人との続柄	●			
77		職業			●	
78		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記

帳票詳細要件 (07)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220010
帳票名称	07. 身体障害者更生指導台帳		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
79	家族状況③	氏名	●			
80		性別			●	
81		本人との続柄	●			
82		職業			●	
83		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
84	家族状況④	氏名	●			
85		性別			●	
86		本人との続柄	●			
87		職業			●	
88		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
89	家族状況⑤	氏名	●			
90		性別			●	
91		本人との続柄	●			
92		職業			●	
93		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
94	家族状況⑥	氏名	●			
95		性別			●	
96		本人との続柄	●			
97		職業			●	
98		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
99	家族状況⑦	氏名	●			
100		性別			●	
101		本人との続柄	●			
102		職業			●	
103		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
104	備考 (固定文言 1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
105	固定文言 2 + 編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
106	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
107	※家族状況が8人以上の場合は2ページ以降に改ページする					

様式番号

身体障害者更生指導台帳 (指導記録)			
障害者 氏 名			
住 所			
ケ ー ス 履 歴	年 月 日	サービス名称	指 導 記 録

自由記載 1

帳票詳細要件 (08)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220011
帳票名称	08. 身体障害者更生指導台帳（指導記録）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	ケース履歴①	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記 機能ID：0220285 を実装する場合は、独自事業の内容を印字することとし、以下の項目、履歴も同様とする
7		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
8		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
9	ケース履歴②	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
10		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
11		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
12	ケース履歴③	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
13		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
14		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
15	ケース履歴④	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
16		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
17		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
18	ケース履歴⑤	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
19		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
20		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
21	ケース履歴⑥	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
22		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
23		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
24	ケース履歴⑦	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
25		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
26		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
27	ケース履歴⑧	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
28		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
29		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
30	ケース履歴⑨	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
31		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
32		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
33	ケース履歴⑩	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
34		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
35		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
36	ケース履歴⑪	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
37		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
38		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
39	ケース履歴⑫	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
40		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
41		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
42	ケース履歴⑬	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
43		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
44		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
45	ケース履歴⑭	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
46		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
47		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
48	ケース履歴⑮	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
49		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
50		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
51	ケース履歴⑯	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
52		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
53		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
54	ケース履歴⑰	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
55		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
56		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
57	ケース履歴⑱	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
58		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
59		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
60	ケース履歴⑲	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
61		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
62		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
63	ケース履歴⑳	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
64		サービス名称	●			業務フローに記載の事業名
65		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
66	ページ数		●			
67	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
68	※21履歴以降は2ページ以降に改ページする					

様式番号

身体障害者更生指導台帳			
自立支援医療（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

帳票詳細要件 (09)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220012
帳票名称	09. 身体障害者更生指導台帳（更生医療）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	支給履歴①	年月日	●			支給決定日 和暦表記
7		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
8		負担上限月額	●			自己負担上限月額
9		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
10	支給履歴②	年月日	●			支給決定日 和暦表記
11		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
12		負担上限月額	●			自己負担上限月額
13		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
14	支給履歴③	年月日	●			支給決定日 和暦表記
15		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
16		負担上限月額	●			自己負担上限月額
17		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
18	支給履歴④	年月日	●			支給決定日 和暦表記
19		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
20		負担上限月額	●			自己負担上限月額
21		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
22	支給履歴⑤	年月日	●			支給決定日 和暦表記
23		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
24		負担上限月額	●			自己負担上限月額
25		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
26	支給履歴⑥	年月日	●			支給決定日 和暦表記
27		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
28		負担上限月額	●			自己負担上限月額
29		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
30	支給履歴⑦	年月日	●			支給決定日 和暦表記
31		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
32		負担上限月額	●			自己負担上限月額
33		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
34	支給履歴⑧	年月日	●			支給決定日 和暦表記
35		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
36		負担上限月額	●			自己負担上限月額
37		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
38	支給履歴⑨	年月日	●			支給決定日 和暦表記
39		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
40		負担上限月額	●			自己負担上限月額
41		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
42	支給履歴⑩	年月日	●			支給決定日 和暦表記
43		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
44		負担上限月額	●			自己負担上限月額
45		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
46	支給履歴⑪	年月日	●			支給決定日 和暦表記
47		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
48		負担上限月額	●			自己負担上限月額
49		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
50	支給履歴⑫	年月日	●			支給決定日 和暦表記
51		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
52		負担上限月額	●			自己負担上限月額
53		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
54	支給履歴⑬	年月日	●			支給決定日 和暦表記
55		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
56		負担上限月額	●			自己負担上限月額
57		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
58	支給履歴⑭	年月日	●			支給決定日 和暦表記
59		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
60		負担上限月額	●			自己負担上限月額
61		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
62	支給履歴⑮	年月日	●			支給決定日 和暦表記
63		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
64		負担上限月額	●			自己負担上限月額
65		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
66	支給履歴⑯	年月日	●			支給決定日 和暦表記
67		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
68		負担上限月額	●			自己負担上限月額
69		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
70	支給履歴⑰	年月日	●			支給決定日 和暦表記
71		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
72		負担上限月額	●			自己負担上限月額
73		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
74	支給履歴⑱	年月日	●			支給決定日 和暦表記
75		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
76		負担上限月額	●			自己負担上限月額
77		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
78	支給履歴⑲	年月日	●			支給決定日 和暦表記
79		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
80		負担上限月額	●			自己負担上限月額
81		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
82	支給履歴⑳	年月日	●			支給決定日 和暦表記
83		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
84		負担上限月額	●			自己負担上限月額
85		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
86	ページ数		●			
87	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
88	※21履歴以降は2ページ以降に改ページする					

様式番号

身体障害者更生指導台帳			
自立支援医療（育成医療）			
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

帳票詳細要件 (10)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220013
帳票名称	10. 身体障害者更生指導台帳（育成医療）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	支給履歴①	年月日	●			支給決定日 和暦表記
7		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
8		負担上限月額	●			自己負担上限月額
9		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
10	支給履歴②	年月日	●			支給決定日 和暦表記
11		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
12		負担上限月額	●			自己負担上限月額
13		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
14	支給履歴③	年月日	●			支給決定日 和暦表記
15		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
16		負担上限月額	●			自己負担上限月額
17		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
18	支給履歴④	年月日	●			支給決定日 和暦表記
19		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
20		負担上限月額	●			自己負担上限月額
21		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
22	支給履歴⑤	年月日	●			支給決定日 和暦表記
23		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
24		負担上限月額	●			自己負担上限月額
25		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
26	支給履歴⑥	年月日	●			支給決定日 和暦表記
27		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
28		負担上限月額	●			自己負担上限月額
29		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
30	支給履歴⑦	年月日	●			支給決定日 和暦表記
31		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
32		負担上限月額	●			自己負担上限月額
33		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
34	支給履歴⑧	年月日	●			支給決定日 和暦表記
35		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
36		負担上限月額	●			自己負担上限月額
37		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
38	支給履歴⑨	年月日	●			支給決定日 和暦表記
39		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
40		負担上限月額	●			自己負担上限月額
41		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
42	支給履歴⑩	年月日	●			支給決定日 和暦表記
43		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
44		負担上限月額	●			自己負担上限月額
45		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
46	支給履歴⑪	年月日	●			支給決定日 和暦表記
47		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
48		負担上限月額	●			自己負担上限月額
49		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
50	支給履歴⑫	年月日	●			支給決定日 和暦表記
51		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
52		負担上限月額	●			自己負担上限月額
53		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
54	支給履歴⑬	年月日	●			支給決定日 和暦表記
55		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
56		負担上限月額	●			自己負担上限月額
57		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
58	支給履歴⑭	年月日	●			支給決定日 和暦表記
59		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
60		負担上限月額	●			自己負担上限月額
61		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
62	支給履歴⑮	年月日	●			支給決定日 和暦表記
63		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
64		負担上限月額	●			自己負担上限月額
65		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
66	支給履歴⑯	年月日	●			支給決定日 和暦表記
67		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
68		負担上限月額	●			自己負担上限月額
69		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
70	支給履歴⑰	年月日	●			支給決定日 和暦表記
71		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
72		負担上限月額	●			自己負担上限月額
73		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
74	支給履歴⑱	年月日	●			支給決定日 和暦表記
75		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
76		負担上限月額	●			自己負担上限月額
77		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
78	支給履歴⑲	年月日	●			支給決定日 和暦表記
79		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
80		負担上限月額	●			自己負担上限月額
81		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
82	支給履歴⑳	年月日	●			支給決定日 和暦表記
83		内容	●			医療の具体的方針、有効期間 有効期間は和暦表記
84		負担上限月額	●			自己負担上限月額
85		医療機関名	●			医療機関が複数の場合は「、」で繋げること
86	ページ数		●			
87	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
88	※21履歴以降は2ページ以降に改ページする					

様式番号

身体障害者更生指導台帳

補装具

障害者
氏 名

住所

[illegible]

帳票詳細要件 (11)

業務	02.身体障害者手帳	帳票ID	0220014
帳票名称	11.身体障害者更生指導台帳（補装具）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の様式番号も設定できること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具のタイトルも設定できること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	支給年月日 ※固定文言		●			機能ID：0220284 を実装する場合は、「給付年月日」とすること
7	購・修・借 ※固定文言		●			機能ID：0220284 を実装する場合は、「給・貸」とすること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の固定文言 1 も設定できること
9	支給履歴①	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の内容を印字することとし、以下の項目、履歴も同様とする
10		名称	●			補装具名
11		購・修・借	●			交付、修理、借受
12		公費負担額	●			
13		本人負担額	●			
14		取扱業者名	●			業者名
15		編集 1		●		印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は印字すること 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の編集 1 もできること
16	支給履歴②	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
17		名称	●			補装具名
18		購・修・借	●			交付、修理、借受
19		公費負担額	●			
20		本人負担額	●			
21		取扱業者名	●			業者名
22		編集 1		●		支給履歴①と同じ
23	支給履歴③	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
24		名称	●			補装具名
25		購・修・借	●			交付、修理、借受
26		公費負担額	●			
27		本人負担額	●			
28		取扱業者名	●			業者名
29		編集 1		●		支給履歴①と同じ
30	支給履歴④	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
31		名称	●			補装具名
32		購・修・借	●			交付、修理、借受
33		公費負担額	●			
34		本人負担額	●			
35		取扱業者名	●			業者名
36		編集 1		●		支給履歴①と同じ
37	支給履歴⑤	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
38		名称	●			補装具名
39		購・修・借	●			交付、修理、借受
40		公費負担額	●			
41		本人負担額	●			
42		取扱業者名	●			業者名
43		編集 1		●		支給履歴①と同じ
44	支給履歴⑥	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
45		名称	●			補装具名
46		購・修・借	●			交付、修理、借受
47		公費負担額	●			
48		本人負担額	●			
49		取扱業者名	●			業者名
50		編集 1		●		支給履歴①と同じ
51	支給履歴⑦	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
52		名称	●			補装具名
53		購・修・借	●			交付、修理、借受
54		公費負担額	●			
55		本人負担額	●			
56		取扱業者名	●			業者名
57		編集 1		●		支給履歴①と同じ
58	支給履歴⑧	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
59		名称	●			補装具名
60		購・修・借	●			交付、修理、借受
61		公費負担額	●			
62		本人負担額	●			
63		取扱業者名	●			業者名
64		編集 1		●		支給履歴①と同じ
65	支給履歴⑨	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
66		名称	●			補装具名
67		購・修・借	●			交付、修理、借受
68		公費負担額	●			
69		本人負担額	●			
70		取扱業者名	●			業者名
71		編集 1		●		支給履歴①と同じ
72	支給履歴⑩	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
73		名称	●			補装具名
74		購・修・借	●			交付、修理、借受
75		公費負担額	●			

帳票詳細要件 (11)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220014
帳票名称	11. 身体障害者更生指導台帳（補装具）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
76		本人負担額	●			
77		取扱業者名	●			業者名
78		編集 1		●		支給履歴①と同じ
79	支給履歴⑪	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
80		名称	●			補装具名
81		購・修・借	●			交付、修理、借受
82		公費負担額	●			
83		本人負担額	●			
84		取扱業者名	●			業者名
85		編集 1		●		支給履歴①と同じ
86	支給履歴⑫	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
87		名称	●			補装具名
88		購・修・借	●			交付、修理、借受
89		公費負担額	●			
90		本人負担額	●			
91		取扱業者名	●			業者名
92		編集 1		●		支給履歴①と同じ
93	支給履歴⑬	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
94		名称	●			補装具名
95		購・修・借	●			交付、修理、借受
96		公費負担額	●			
97		本人負担額	●			
98		取扱業者名	●			業者名
99		編集 1		●		支給履歴①と同じ
100	支給履歴⑭	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
101		名称	●			補装具名
102		購・修・借	●			交付、修理、借受
103		公費負担額	●			
104		本人負担額	●			
105		取扱業者名	●			業者名
106		編集 1		●		支給履歴①と同じ
107	支給履歴⑮	支給年月日	●			支給決定日 和暦表記
108		名称	●			補装具名
109		購・修・借	●			交付、修理、借受
110		公費負担額	●			
111		本人負担額	●			
112		取扱業者名	●			業者名
113		編集 1		●		支給履歴①と同じ
114	ページ数		●			
115	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする 機能ID：0220284 を実装する場合は、日常生活用具の自由記載 1 も設定できること
116	※16履歴以上は2ページ以降に改ページする					

様式番号

転出先市町村

第 号
年 月 日

身体障害者更生指導記録票の送付について

市町村長 印

このことについて、下記のものが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。
固定文言 1

記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
手帳番号			
障 害 名			
異動年月日			
旧 住 所			
新 住 所			
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (12)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220015
帳票名称	12. 身体障害者更生指導台帳の送付について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216（全国自治体情報を利用した印字）のとおりに印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	通知名（タイトル）		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	市町村		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	カナ氏名		●			
14	氏名		●			
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
17	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
18	異動年月日		●			転出日 和暦表記
19	旧住所		●			転出前住所 住所＋全角スペース＋方書
20	新住所		●			転出先住所 住所＋全角スペース＋方書
21	備考 （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
24	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
25		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
26		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
27		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
28		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

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 印

下記の交付申請等について進達します。 固定文言 1

記

〇/〇 ページ

No	受付番号 固定文言 2 申請年月日	対象者氏名 保護者氏名	住 所	生年月日	申請事由	固定文言 3 備 考
						編集 1

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (13)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220016
帳票名称	13. 身体障害者手帳交付申請者一覧 (進達)		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	進達先		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市(町村)長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名+全角スペース+市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
10	受付番号 申請年月日 (固定文言2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	備考 (固定文言3)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	1人目	No	●			
13		受付番号	●			
14		申請年月日	●			短縮表記
15		対象者氏名	●			
16		保護者氏名	●			
17		住所	●			住所+全角スペース+方書
18		生年月日	●			短縮表記
19		申請事由	●			
20		編集1	●			印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は印字すること。
21	2人目	No	●			
22		受付番号	●			
23		申請年月日	●			短縮表記
24		対象者氏名	●			
25		保護者氏名	●			
26		住所	●			住所+全角スペース+方書
27		生年月日	●			短縮表記
28		申請事由	●			
29		編集1	●			1人目と同じ
30	...					
31	N人目	No	●			
32		受付番号	●			
33		申請年月日	●			短縮表記
34		対象者氏名	●			
35		保護者氏名	●			
36		住所	●			住所+全角スペース+方書
37		生年月日	●			短縮表記
38		申請事由	●			
39		編集1	●			1人目と同じ
40	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
41		住所	●			郵便番号+全角スペース+住所
42		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
43		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
44		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
45	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

(縦11.4cm、横7.5cm×5面)

(印字)様式番号

(印字)身体障害者手帳

(印字)初回交付日 + ” 交付”

(印字)再交付日 + ” 再交付”

写真

(縦4cm×横3cm)

(印字)手帳交付者コードのコード内容

(印字)手帳番号

旅客鉄道株式会社等
旅客運賃減額

(印字)種

氏名 (印字)氏名

(印字)生年月日 + ” 生”

余白 (印字)自由記載1

(印字)都道府県 (市) 名

(印字)公印

本人の欄		
現住所	変更年月日	福祉事務 所長又は 町村長印
(印字)住所		
(印字)固定文言1 + 編集1		

注) 住所や氏名が変わったときは、速やかに変更の届けを出してください。

保護者の欄	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)住所		
氏名 続柄 住所		
氏名 続柄 住所		
氏名 続柄 住所		

障害名	
(印字)障害名	
身体障害者等級表による 級別	(印字)級

備考

(印字)設定に従う

(印字)自由記載2

帳票詳細要件 (14)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220017
帳票名称	14. 身体障害者手帳（紙様式）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	交付日		●			和暦表記 打ち出し形式 交付日 + “ 交付”
4	再交付日		●			和暦表記 打ち出し形式 再交付日 + “ 再交付”
5	手帳交付者コードのコード内容		●			手帳交付者コードのコード内容
6	手帳番号		●			第○○○号
7	旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額		●			
8	氏名		●			旧姓併記有無が「有」の場合は、氏名の間に「旧氏」を印字すること 例) 氏名が「標準 一郎」、旧氏が「独自」の場合 「標準（独自） 一郎」と印字する
9	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 打ち出し形式 生年月日 + “ 生”
10	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
11	(印字)都道府県(市)名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
13	本人の欄	住所	●			住所＋全角スペース＋方書
14	固定文言 1＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	保護者の欄	氏名	●			
16		続柄	●			
17		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
18	障害名		●			「障害名」を印字
19				●		パラメタなどで当印字有を設定でき、有が設定された場合、「障害名」の印字に替えて、以下の内容を印字できること 日付項目は和暦表記 打ち出し形式 障害部位ごとの障害内容 + “ (“ + 障害部位ごとの再認定年月 + “再認定)” ※障害部位ごとの障害内容が複数ある場合は、複数印字する ※障害部位ごとの障害内容に繋げるカッコ書きは、障害部位ごとの障害内容に該当する障害部位ごとの再認定年月がある場合に印字する ※印字例) 「左上肢機能障害（令和3年4月再認定）」
20				●		パラメタなどで当印字有を設定でき、有が設定された場合、「障害名」に改行＋「原傷病名」の印字も加えること
24	身体障害者等級表による級別		●			「総合等級」を印字すること
21	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22		再認定年月	●			パラメタなどで当印字有を設定でき、有が設定された場合、以下の内容を印字できること 日付項目は和暦表記 打ち出し形式 障害部位ごとの再認定年月 + “ 再認定 (“ + 障害部位 + “)” ※再認定年月が複数ある場合は、複数印字する ※印字例) 「令和3年4月 再認定（視覚障害）」
23		部位等級	●			パラメタなどで当印字有を設定でき、有が設定された場合、以下の内容を印字できること 打ち出し形式 障害部位 + 全角スペース + 障害部位ごとの等級 ※障害部位が複数ある場合は、複数印字する ※印字例) 「視覚障害 1 級 肢体不自由上肢 2 級」

様式第2

身体障害者手帳交付申請書

年 月 日

(申請者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

写 真

縦4cm×横3cm

脱帽・上半身
一年以内に

撮影したもの

貼付しないで提出し
てください

(※) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。

固定文言1

身体 障害 者 本 人	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名												
	居 住 地	〒 □申請者と同じ						電話番号					
	個 人 番 号												
希 望 す る 手 帳 の 様 式		☐ 紙様 ☐ カート自由記載2（いずれかにチェック(✓)をいれてください）											

(備考)

身体障害のある15歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになります。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。

固定文言2

保 護 者	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名												
	居 住 地	〒 □申請者と同じ						本人との 続 柄					
								電話番号					

都道府県知事・指定都市・中核市市長 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。

固定文言3

自由記載3

帳票詳細要件 (15)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220018
帳票名称	15. 身体障害者手帳交付申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
28	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
4	身体障害者本人	カナ氏名	●			
5		氏名	●			
6		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
23		電話番号	●			
9		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
29	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
30	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	保護者	カナ氏名	●			
13		氏名	●			
14		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
15		居住地（郵便番号）	●			
16		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
24		本人との続柄	●			
25		電話番号	●			
18	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
21	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	自由記載 3		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式第7

身体障害者手帳再交付申請書

年 月 日

(申請者)
住所 〒

氏名
本人との続柄 電話番号

写 真

縦4cm×横3cm
脱帽・上半身
一年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

(*) 申請者氏名の欄には、手帳の交付を受けようとする本人の氏名（保護者が申請される場合は保護者の方の氏名）を記入してください。 固定文言 1
(*) 再交付申請の理由が「2. 破損・汚損」の場合は、個人番号は記入する必要はありません。

身体障害者本人	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名												
	居 住 地	〒 □申請者と同じ						電話番号					
	個 人 番 号												

希望する手帳の様式

☐ 紙様☐ カー自由記載 2（いずれかにチェック(✓)をいれてください）

既手帳交付内容

手帳番号		交 付 年 月 日	
等 級	種 級	再交付年月日	
障 害 名			

(*) 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。その場合は、保護者欄に必要事項を記入してください。 固定文言 2

保 護 者	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名												
	居 住 地	〒 □申請者と同じ						本人との続 柄					
								電話番号					

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

私は、身体障害者福祉 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。 固定文言 3

理 由	1. 紛失	3. 障害程度の変更	5. 再認定
	2. 破損・汚損	4. 障害の追加 固定文言 4	6. その他)

自由記載 3

帳票詳細要件 (16)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220019
帳票名称	16. 身体障害者手帳再交付申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
34	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
4	身体障害者本人	カナ氏名	●			
5		氏名	●			
6		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
29		電話番号	●			
9		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
35	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
36	既存手帳交付内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第○○○号
37		交付年月日	●			和暦表記
38		等級	●			障害種別＋総合等級を「○種○級」と印字すること
39		再交付年月日	●			和暦表記
40		障害名	●			手帳に表示する障害名と同じ
41	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	保護者	カナ氏名	●			
13		氏名	●			
14		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
15		居住地（郵便番号）	●			
16		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
30		本人との続柄	●			
31		電話番号	●			
18	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
20	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
33	固定文言 4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
28	自由記載 3		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式第10

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

第 号
年 月 日

身体障害者死亡通知書

福祉事務所・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。
固定文言 1

記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
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。

固定文言 2

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (17)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220020
帳票名称	17. 身体障害者死亡通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	文書番号		●			
5	発行日		●			和暦表記
6	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	福祉事務所・町村		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
9	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
10	カナ氏名		●			
11	氏名		●			
12	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
13	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
14	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
15	交付年月日		●			和暦表記
16	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
17	死亡年月日		●			和暦表記
18	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式第5

身体障害者居住地等変更届書

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(届出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

私は、下記のとおり変更したので届け出ます。

固定文言 1

記

届出事由	居住地変更・氏名変更・固定文言 2)
異 動 日	

変更内容（変更事項のみ記載してください）

		旧（変更前）						新（変更後）					
手 帳 所 持 者	フリガナ												
	氏 名												
	居 住 地	〒						〒 □届出者に同じ					
	電話番号												
	個人番号												
保 護 者	フリガナ												
	氏 名												
	居 住 地	〒						〒 □届出者に同じ					
	生年月日	年 月 日						年 月 日					
	電話番号												
	続 柄												

既交付の身体障害者手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	等級	種 級
障 害 名					

自由記載 1

帳票詳細要件 (18)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220021
帳票名称	18. 身体障害者居住地等変更届書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	手帳所持者 (旧)	カナ氏名		●		
7		氏名		●		
8		居住地 (郵便番号)		●		
9		居住地 (住所)		●		住所+全角スペース+方書
10		電話番号		●		
11		個人番号			●	システムからの印字は無し (実装不可) とするが、レイアウト上枠を設けること。
12	保護者 (旧)	カナ氏名		●		
13		氏名		●		
14		居住地 (郵便番号)		●		
15		居住地 (住所)		●		住所+全角スペース+方書
16		生年月日		●		日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		電話番号		●		
18		続柄		●		
19	既存手帳交付内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容+全角スペース+第〇〇〇号
20		交付年月日	●			和暦表記
21		等級	●			障害種別+総合等級を「〇種〇級」と印字すること
22		障害名	●			手帳に表示する障害名と同じ
23	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式第8

身体障害者手帳返還届

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(届出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、身体障害者手帳を返還します。
固定文言 1

記

手帳所持者	フリガナ		生年月日	年 月 日							
	氏 名										
	居 住 地	〒 □届出者に同じ									
	個人番号										
返 還 理 由	1. 障害を有しなくなったため 2. 手 所 者が死亡したため 固定文言 2 3. その他)										
返還事由発生日	年 月 日										

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	総合等級	
障 害 名					
自由記載 1					

帳票詳細要件 (19)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220022
帳票名称	19. 身体障害者手帳返還届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	手帳所持者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
11	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	返還する手帳の記載内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13		交付年月日	●			和暦表記
14		総合等級	●			
15		障害名	●			手帳に表示する障害名と同じ
16	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

身体障害者手帳交付証明書発行願

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(提出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、身体障害者手帳の交付を受けている（受けていた）ことを証する証明書の発行を依頼します。
固定文言 1

記

証明書発行対象者

フリガナ	
氏 名	
居 住 地	〒 ☐ 提出者に同じ
生年月日	年 月 日
手帳番号	
理 由	
備 考	固定文言 2 + 編集 1

自由記載 1

帳票詳細要件 (20)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220023
帳票名称	20. 身体障害者手帳交付証明書発行願		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	証明書発行対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□提出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
11	固定文言 2＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

窓空宛名

第号

年 月 日

身体障害者手帳の再認定について（再通知）

都道府県知事・指定都市・中核市市長印

下記の再認定年月までに身体障害者福祉法第17条の2第1項及び児童福祉法第19条第1項の規定に基づく診査を行うよう依頼していますが、身体障害者手帳の再交付申請の手続きが行われていません。
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、下記の期限までに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。
なお、下記の期限までに再交付申請の手続きが行われなかった場合は、身体障害者福祉法第16条第2項の規定に基づき手帳の返還を命ずる可能性があります。

固定文言1

記

氏名			生年月日	
住所				
保護者	氏名		本人との続柄	
	住所			
手帳番号				
障害名				
等級		再認定の時期		
再認定を要する理由	障害程度に変化が予想されるため			
期限				
固定文言2	固定文言3＋編集1			
備考				

自由記載1

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (21)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220024
帳票名称	21. 身体障害者手帳の再認定について（再通知）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	障害名		●			再認定となっている障害部位を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
17	等級		●			再認定となっている障害部位の等級を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
18	再認定の時期		●			再認定に該当する障害部位に対応した再認定年月を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する 和暦表記
19	再認定を要する理由		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
20	期限		●			管理項目「督促期限」を印字する 和暦表記
21	備考 （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
24	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
25		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
26		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
27		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
28		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

窓空宛名

第号

年月日

身体障害者手帳返還命令書

都道府県

知事・

指定都市・中核市

市長

印

現在交付しています身体障害者手帳について、身体障害者福祉法第16条第2項の規定により手帳の返還を命令します。

固定文言 1

記

氏名			生年月日	
住所				
保護者	氏名		本人との続柄	
	住所			
手帳番号			交付年月日	
総合等級				
障害名				
理由	固定文言 2 + 編集 1			

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (22)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220025
帳票名称	22. 身体障害者手帳返還命令書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	交付年月日		●			和暦表記
17	総合等級		●			
18	障害名		●			
19	固定文言 2＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
21	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
22		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
23		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
24		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
25		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

窓空宛名

第
年

月

号
日

身体障害者手帳の再認定について（通知）

都道府県知事・指定都市・中核市市長 印

このことについて、再認定の時期となりましたので通知します。
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。

固定文言1

記

氏名			生年月日	
住所				
保護者	氏名		本人との続柄	
	住所			
手帳番号				
障害名				
等級		再認定の時期		
再認定を要する理由	障害程度に変化が予想されるため			
固定文言2 備考	固定文言3＋編集1			

自由記載1

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (23)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220026
帳票名称	23. 身体障害者手帳の再認定について（通知）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
16	障害名		●			再認定となっている障害部位を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
17	等級		●			再認定となっている障害部位の等級を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する
18	再認定の時期		●			再認定に該当する障害部位に対応した再認定年月を設定する 複数ある場合は、「／」で設定する 和暦表記
19	再認定を要する理由		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
20	備考 （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
23	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
24		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
25		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
26		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
27		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

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 印

先に申請のありました身体障害者手帳について、都道府県より送付されましたので、交付します。

なお、手帳受領の上は、下記の「受領書」に記名し、同封の返信用封筒にて返送先までご返送いただきますよう、よろしくお願いします。

記

氏 名		生年月日	
住 所		手帳番号	
保 護 者	氏 名	本人との続柄	
	住 所		
固定文言 2 返送していただくもの	固定文言 3 + 編集 1 1. このお知らせ（以下の「受領書」に記名してください） 2. 現在お持ちの旧身体障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）		
固定文言 4 返送先	固定文言 5 + 編集 2		

受 領 書

身体障害者手帳を確かに受領しました。

年 月 日

市（町村）長 殿

自由記載 1

受領者氏名

（申請者との関係）

本人・家族・その他（

自由記載 2

（お問合せ先）

市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 市 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (24)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220027
帳票名称	24. 身体障害者手帳交付（再交付）について（郵送）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13	保護者	氏名	●			
14		本人との続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	返送していただくもの （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	返送先 （固定文言 4）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	固定文言 5＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	受領書 （自由記載 1）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
21	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

身体障害者手帳取下届

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(届出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、身体障害者手帳の申請を取下します。

固定文言 1

記

取下理由	
------	--

対象者

フリガナ			
氏 名			
居 住 地	〒 □届出者に同じ		
生年月日	年 月 日	電話番号	

保護者

フリガナ		本人との	
氏 名		続 柄	
居 住 地	〒 □届出者に同じ		
生年月日	年 月 日	電話番号	

既手帳交付内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	等級	種 級
障 害 名					

(備考)

固定文言 2

 ◎ 身体障害のある 15 歳未満の児童については、保護者が代わって申請することになっていま。

自由記載 1

帳票詳細要件 (25)

業務	02. 身体障害者手帳	帳票ID	0220256
帳票名称	25. 身体障害者手帳取下届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		居住地（郵便番号）	●			
8		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		生年月日	●			
10		電話番号	●			
11	保護者	カナ氏名	●			
12		氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		居住地（郵便番号）	●			
15		居住地（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		生年月日	●			
17		電話番号	●			
18	既存手帳交付内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
19		交付年月日	●			和暦表記
20		等級	●			障害種別＋総合等級を「〇種〇級」と印字すること
21		障害名	●			手帳に表示する障害名と同じ
22	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
23	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

第 号
年 月 日

療育手帳交付証明書

都道府県知事・指定都市・中核市市長 印

下記の者は、療育手帳の交付者で、**固定文言1**（あったこと）を証明します。

記

手帳番号				交 付 日	
障害の程度 (総合判定)		障害種別		再交付日	
次の判定年月				返 還 日	
氏 名				生年月日	
住 所					
保 護 者	氏 名		本人との続柄		
	住 所				
固定文言2 備 考	固定文言3 + 編集1				

自由記載1

(お問合せ先)
●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (01)

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220028
帳票名称	01.療育手帳交付証明書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		●			
3	発行日		●			和暦表記
4	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
8	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
9	交付日		●			和暦表記
10	障害の程度(総合判定)		●			
11	障害種別		●			
12	再交付日		●			和暦表記
13	次の判定年月		●			和暦表記
14	返還日		●			和暦表記
15	氏名		●			
16	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
18	保護者	氏名	●			
19		本人との続柄	●			
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
21	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
24	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
25		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
26		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
27		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
28		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

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。

固定文言 1

記

氏 名			生年月日	
住 所			手帳番号	
保 護 者	氏 名		本人との続柄	
	住 所			
固定文言 2 お持ちいた だくもの	固定文言 3 + 編集 1 1. この通知書 2. 療育手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く） 3. 受取りに来る方の本人確認書類			
固定文言 4 備 考	固定文言 5 + 編集 2			

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

帳票詳細要件 (02)

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220029
帳票名称	02. 療育手帳交付（再交付）について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13	保護者	氏名	●			
14		本人との続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	お持ちいただくもの （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	備考 （固定文言 4）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	固定文言 5＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
25	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

様式番号

窓空宛名

第号

年 月 日

療育手帳交付（再交付）決定通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長

印

先に申請された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。

固定文言 1 + 編集 1

なお、「再判定年月」の満了前に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					
保 護 者	氏 名			本人との続柄	
	住 所				
手帳番号				交付年月日	
障害の程度 (総合判定)		障害種別		次の判定年月	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 2				

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

メール xxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

帳票詳細要件 (03)

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220030
帳票名称	03. 療育手帳交付（再交付）決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1 + 編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所 + 全角スペース + 方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所 + 全角スペース + 方書
15	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容 + 全角スペース + 第〇〇〇号
16	交付年月日		●			和暦表記
17	障害の程度 (総合判定)		●			
28	障害種別		●			
18	次の判定年月		●			和暦表記
19	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	固定文言 3 + 編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
21	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
23		住所	●			郵便番号 + 全角スペース + 住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
27	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

様式番号

窓空宛名

第号

年月日

療育手帳交付申請却下決定通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長

印

先に申請された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。

固定文言 1 + 編集 1

記

氏名			生年月日	
住所				
保護者	氏名		本人との続柄	
	住所			
申請日			申請事由	
理由				

自由記載 1

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教示文）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 xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (04)

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220031
帳票名称	04. 療育手帳交付申請却下決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	申請日		●			和暦表記
16	申請事由		●			
17	理由		●			判定結果コードが「却下」の場合に判定理由を印字すること
18	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
19	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

窓空宛名

第 号
年 月 日

療育手帳の再判定について

都道府県知事・指定都市・中核市市長 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、再判定固定文言1を行ってください。

記

氏 名			生年月日	
住 所				
保 護 者	氏 名		本人との続柄	
	住 所			
次の判定年月			手帳番号	
固定文言 2 申請に必要なもの	固定文言 3 1. 療育手帳再交付・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）			
固定文言 4 備 考	固定文言 5＋編集 1			

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1－2－3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (05)

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220032
帳票名称	05. 療育手帳再判定のお知らせ		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	保護者	氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
15	次の判定年月		●			和暦表記
16	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
17	申請に必要なもの (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	固定文言 3		●			再判定年月時点の年齢（18歳未満か以上か）や判定機関別等の区分を設定でき、区分に応じて以下を行えること ○文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	備考 (固定文言 4)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	固定文言 5＋編集 1		●			再判定年月時点の年齢（18歳未満か以上か）や判定機関別等の区分を設定でき、区分に応じて以下を行えること ○文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
21	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

転入前自治体

第号

年月日

知的障害者居住地変更通知書

都道府県知事・指定都市・中核市市長

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。

固定文言 1

記

異 動 日				
氏 名			生年月日	
手帳番号			障害の程度 (総合判定)	
保 護 者	氏 名		本人との続柄	
	住 所			
旧 住 所				
新 住 所				
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1			

自由記載 1

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1－2－3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (06)

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220033
帳票名称	06.療育手帳居住地変更通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216（全国自治体情報を利用した印字）のとおりに印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	固定文言1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	異動日		●			転入もしくは氏名変更に係る異動日を設定すること
14	氏名		●			
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
17	障害の程度（総合判定）		●			
18	保護者	氏名	●			
19		本人との続柄	●			
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
21	旧住所		●			転入前住所 住所＋全角スペース＋方書
22	新住所		●			現住所 住所＋全角スペース＋方書
23	備考 （固定文言2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
24	固定文言3＋編集1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
25	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
26	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
27		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
28		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
29		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
30		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

年 月 日作成

知的障害者更生指導台帳			手帳番号		
障害者 本人	カナ氏名		生年月日		
	氏 名				
	住 所			電話番号	
保護者	氏 名		本人との続柄		
	住 所				
初回交付年月日			再交付年月日		
次の判定年月			障害の程度 (総合判定)		
判 定 日			判 定 機 関		
家 族 状 況	氏 名		本人との続柄	生年月日	
固定文言1 備考	固定文言2＋編集1				

自由記載1

帳票詳細要件 (07)

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220034
帳票名称	07. 知的障害者更生指導台帳		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	作成日		●			印刷した日 和暦表記
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容+全角スペース+第〇〇〇号
5	障害者本人	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所	●			住所+全角スペース+方書
9		電話番号	●			
10	保護者	氏名	●			
11		本人との続柄	●			
12		住所	●			
13	初回交付年月日		●			和暦表記
14	再交付年月日		●			和暦表記
15	次の判定年月		●			和暦表記
16	障害の程度(総合判定)	例「A1」	●			
17	判定日		●			和暦表記
18	判定機関		●			
19	家族状況①	氏名	●			
20		性別			●	＜実装不可とした理由＞ 申請書及び手帳への性別表記が廃止されたことを踏まえ、実装不可とした。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは、印字項目を削除した。（以降の性別も同様。）
21		本人との続柄	●			
22		職業			●	＜実装不可とした理由＞ 平成31年3月29日の事務連絡「身体障害者福祉法施行規則及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則の一部を改正する省令の施行について」にて、交付申請書から本籍地、職業、教育の欄が削除されたことを踏まえ、実装不可とした。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは、印字項目を削除した。（以降の職業も同様。）
23		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
24	家族状況②	氏名	●			
25		性別			●	
26		本人との続柄	●			
27		職業			●	
28		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
29	家族状況③	氏名	●			
30		性別			●	
31		本人との続柄	●			
32		職業			●	
33		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
34	家族状況④	氏名	●			
35		性別			●	
36		本人との続柄	●			
37		職業			●	
38		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
39	家族状況⑤	氏名	●			
40		性別			●	
41		本人との続柄	●			
42		職業			●	
43		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
44	家族状況⑥	氏名	●			
45		性別			●	
46		本人との続柄	●			
47		職業			●	
48		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
49	家族状況⑦	氏名	●			
50		性別			●	
51		本人との続柄	●			
52		職業			●	
53		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
54	備考 (固定文言1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
55	固定文言2+編集1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
56	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
57	※家族状況が8人以上の場合は2ページ以降に改ページする					

様式番号

知的障害者更生指導台帳			
(指導記録)			
障害者 氏 名			
住 所			
ケ ー ス 履 歴	年 月 日	サービス名称	指 導 記 録

自由記載 1

帳票詳細要件 (08)

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220035
帳票名称	08.知的障害者更生指導台帳（指導記録）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	障害者氏名（カナ）		●			
4	障害者氏名（漢字）		●			
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	ケース履歴①	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記 機能ID：0220356 を実装する場合は、独自事業の内容を印字することとし、以下の項目、履歴も同様とする
7		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
8		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
9	ケース履歴②	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
10		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
11		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
12	ケース履歴③	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
13		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
14		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
15	ケース履歴④	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
16		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
17		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
18	ケース履歴⑤	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
19		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
20		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
21	ケース履歴⑥	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
22		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
23		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
24	ケース履歴⑦	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
25		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
26		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
27	ケース履歴⑧	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
28		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
29		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
30	ケース履歴⑨	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
31		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
32		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
33	ケース履歴⑩	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
34		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
35		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
36	ケース履歴⑪	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
37		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
38		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
39	ケース履歴⑫	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
40		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
41		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
42	ケース履歴⑬	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
43		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
44		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
45	ケース履歴⑭	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
46		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
47		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
48	ケース履歴⑮	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
49		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
50		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
51	ケース履歴⑯	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
52		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
53		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
54	ケース履歴⑰	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
55		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
56		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
57	ケース履歴⑱	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
58		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
59		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
60	ケース履歴⑲	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
61		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
62		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
63	ケース履歴⑳	年月日	●			各サービスの給付年月日 和暦表記
64		サービス名	●			業務フローに記載の事業名
65		指導記録	●			受給者番号、有効期間、等級など 有効期間などの日付項目は和暦表記
66	ページ数		●			
67	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
68	※21履歴以降は2ページ以降に改ページする					

様式番号

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 印

このことについて、下記のものが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。

固定文言 1

記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
手帳番号			
障害の程度 (総合判定)			
異動年月日			
旧 住 所			
新 住 所			
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

自由記載 1

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (09)

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220036
帳票名称	09.知的障害者更生指導台帳の送付について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216（全国自治体情報を利用した印字）のとおりに印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	通知名（タイトル）		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	市町村		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	カナ氏名		●			
14	氏名		●			
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
17	障害の程度（総合判定）		●			手帳に表示する程度と同じ
18	異動年月日		●			転出日 和暦表記
19	旧住所		●			転出前住所 住所＋全角スペース＋方書
20	新住所		●			転出先住所 住所＋全角スペース＋方書
21	備考 （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
23	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
24	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
25		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
26		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
27		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
28		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

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 印

下記の交付申請等について進達します。 固定文言 1

記

〇/〇 ページ

No	受付番号 固定文言 2 申請年月日	対象者氏名 保護者氏名	住所	生年月日	申請事由	固定文言 3 備考
						編集 1

（お問合せ先）

市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 市 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (10)

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220037
帳票名称	10.療育手帳交付申請者一覧(進達)		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	進達先		●			判定機関コードに応じた内容を印字すること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市(町村)長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名+全角スペース+市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
10	受付番号 申請年月日 (固定文言2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	備考 (固定文言3)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	1人目	No	●			通し番号
13		受付番号	●			
14		申請年月日	●			短縮表記
15		対象者氏名	●			
16		保護者氏名	●			
17		住所	●			住所+全角スペース+方書
18		生年月日	●			短縮表記
19		申請事由	●			
20		編集1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	2人目	No	●			通し番号
22		受付番号	●			
23		申請年月日	●			短縮表記
24		対象者氏名	●			
25		保護者氏名	●			
26		住所	●			住所+全角スペース+方書
27		生年月日	●			短縮表記
28		申請事由	●			
29		編集1	●			1人目と同じ
30	...					
31	N人目	No	●			通し番号
32		受付番号	●			
33		申請年月日	●			短縮表記
34		対象者氏名	●			
35		保護者氏名	●			
36		住所	●			住所+全角スペース+方書
37		生年月日	●			短縮表記
38		申請事由	●			
39		編集1	●			1人目と同じ
40	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
41		住所	●			郵便番号+全角スペース+住所
42		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
43		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
44		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
45	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

(B 7 とする 縦9.1cm、横12.8cm× 4 面)

(印字)様式番号

(印字)療 育 手 帳

写真
(縦4cm×横3cm)

(印字)手帳番号 (〇〇県 (市) 第 号)
(印字)初回交付日 + " 交付"
(印字)再交付日 + " 再交付"

氏 名 (印字)氏名
(印字)生年月日 + " 生"

旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額 (印字)種(第〇種)

余白
(印字)設定に従う
(印字)自由記載 1

(印字)都道府県
(市) 名

(印字)公印

— (1) —

本 人	変更 年月 日	福祉事 務所長 又は町 村長印	保 護 者	変更 年月 日	福祉事 務所長 又は町 村長印
(印字)住所			(印字)氏名 (印字)続柄 (印字)電話 (印字)住所		
住所			氏名 続柄 電話		
住所			住所		
(印字)電話			氏名 続柄 電話		
(印字)固定文言 1 +編集 1			住所		

— (2) —

判 定 の 記 録		
障害の程度 (総合判定)	合併障害	(印字)障害名
(印字)障害程度		(身体障害 (印字)障害種類 級)
	判定年月日	(印字)判定日
	次の判定年月	(印字)再判定年月
	判定機関	(印字)判定機関

判 定 の 記 録		
障害の程度 (総合判定)	合併障害	(身体障害 級)
	判定年月日	
	次の判定年月	
	判定機関	

— (3) —

(予備欄)

(印字)設定に従う

(印字)自由記載 2

— (4) —

帳票詳細要件（11）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220038
帳票名称	11.療育手帳（紙様式）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容+全角スペース+第〇〇〇号
4	交付日		●			和暦表記 打ち出し形式 交付日 + “ 交付”
5	再交付日		●			和暦表記 打ち出し形式 再交付日 + “ 再交付”
6	氏名		●			旧姓併記有無が「有」の場合は、氏名の間に「旧氏」を印字すること 例）氏名が「標準 一郎」、旧氏が「独自」の場合 「標準（独自） 一郎」と印字する
7	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 打ち出し形式 生年月日 + “ 生”
8	旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額		●			
9	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
10	(印字)都道府県（市）名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
11	公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	本人	住所	●			住所+全角スペース+方書
13		電話番号	●			
14		固定文言1+編集1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	保護者	氏名	●			
16		続柄	●			
17		電話番号	●			
18		住所	●			住所+全角スペース+方書
19	判定の記録	障害の程度（総合判定）	●			
20		合併障害：障害名	●			身体障害者手帳に表示する障害名を印字。ただし、身体障害者手帳を所持していない場合は、「なし」を印字。
21		合併障害：総合等級	●			身体障害者手帳に表示する総合等級を印字
22		判定年月日	●			和暦表記
23		次の判定年月	●			和暦表記 再判定年月が空白の場合のアスタリスク印字有無をパラメタ設定でき、設定が「有」かつ再判定年月が空白の場合はアスタリスクを印字すること
24		判定機関	●			
25	予備欄（自由記載2）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

[別添様式]

療育手帳交付申請書

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

年 月 日

(申請者)
住所 〒

氏名
本人との続柄 電話番号

写真

縦4 cm×横3 cm
脱帽・上半身
1 年以内に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

療育手帳の交付を受けたいので、次に固定文言1 いたします。

申請事由		新規交付・都道府県又固定文言2 の住所変更による交付											
知的障害者本人	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名												
	住 所	〒 □申請者と同じ						電話番号					
	個人番号												
保護者	フリガナ							生年月日		年 月 日			
	氏 名												
	住 所	〒 □申請者と同じ						続 柄					
								電話番号					
参考事項	固定文言3												
	1 現在までに児童相談所又は知的障害者更生相談所等で診断、判定を受けましたか。 はい ・ いいえ はいの場合 (相談所等の名称と相談年月)												
	2 施設等に入所していますか。 はい ・ いいえ はいの場合 (施設等の名称)												
	3 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 はい ・ いいえ												
※ 判定の記録													
障害の程度	(総合判定)	合併障害	自由記載2 (身体障害 級)				判定年月日						
							次の判定年月						
							判 定 機 関						
希望する手帳の様式		自由記載3 自由にチェック(✓)をいれてください											
		□ 紙様式 □ カード様式											
注 意 事 項													
1. 申請者氏名は、手帳の交付を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。 2. 本人及び保護者の氏名には必ずフリガナを付してください。 3. ※印の欄は記入しないでください。													
自由記載4													

帳票詳細要件（12）

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220039
帳票名称	12. 療育手帳交付申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
5	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	知的障害者本人	カナ氏名	●			
8		氏名	●			
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		住所（郵便番号）	●			
11		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
12		電話番号	●			
13		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
14	保護者	カナ氏名	●			
15		氏名	●			
16		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		住所（郵便番号）	●			
18		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
19		続柄	●			
20		電話番号	●			
21	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
22	自由記載 2 ※判定の記録欄		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
23	自由記載 3 ※希望する手帳の様式欄		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
24	固定文言 4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
25	自由記載 4		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

療育手帳再交付・再判定申請書

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

年 月 日

(申請者)
住所 〒

氏名
本人との続柄 電話番号

写真

縦4cm×横3cm
脱帽・上半身
以下に
撮影したもの
貼付しないで提出し
てください

自由記載1

次のとおり申請いたします。 固定文言1

理由	1. 再交付（紛失・破損汚損・記載事項の訂正） 固定文言2・その他（ ） 2. 再判定												
知的障害者本人	フリガナ								生年月日	年 月 日			
	氏 名												
	住 所	〒 □申請者に同じ							電話番号				
	個人番号												
保護者	フリガナ								生年月日	年 月 日			
	氏 名												
	住 所	〒 □申請者に同じ							続 柄				
									電話番号				
手帳番号				交付年月日						障害の程度 (総合判定)			
希望する 手帳の様式		□ 紙様式 □ カード 自由記載2 (いずれかにチェック(✓)をいれてください)											

再判定時の記載事項

前回の判定年月日				前回の判定機関			
参考事項	固定文言3						
	1 施設等に入所していますか。 はい ・ いいえ はいの場合 (施設等の名称) _____						
2 特別児童扶養手当又は障害基礎年金を受給していますか。 はい ・ いいえ							
※ 再判定時の判定の記録							
障害の程度	(総合判定)	合併障害	自由記載3 (身体障害 級)		判定年月日		
	次の判定年月						
	判定機関						
注 意 事 項							
1. 申請者氏名は、手帳の再交付又は再判定を受けようとする本人又は保護者の方の氏名を記入してください。 固定文言4							
2. ※印の欄は記入しないでください。							
3. 個人番号は理由が再判定等の場合は記入してください。							
自由記載4							

帳票詳細要件 (13)

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220040
帳票名称	13. 療育手帳再交付・再判定申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
5	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	知的障害者本人	カナ氏名	●			
8		氏名	●			
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		住所（郵便番号）	●			
11		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
12		電話番号	●			
13		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
14	保護者	カナ氏名	●			
15		氏名	●			
16		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		住所（郵便番号）	●			
18		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
19		続柄	●			
20		電話番号	●			
21	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
22	交付年月日		●			和暦表記
23	障害の程度（総合判定）		●			
24	自由記載 2 ※希望する手帳の様式欄		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
25	前回の判定年月日			●		和暦表記
26	前回の判定機関			●		
27	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
28	自由記載 3 ※再判定時の判定の記録欄		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
29	固定文言 4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
30	自由記載 4		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

療育手帳記載事項変更届

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(届出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

私は、下記のとおり変更したので届け出ます。

固定文言 1

記

届出事由	住所変更・氏名変更・その他 固定文言 2)
異 動 日	

変更内容（変更事項のみ記載してください）

		旧（変更前）	新（変更後）
手帳所持者	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	〒	〒 □届出者に同じ
	施設等の名称		
	電話番号		
	個人番号		
保護者	フリガナ		
	氏 名		
	住 所	〒	〒 □手帳所持者に同じ
	生年月日	年 月 日	年 月 日
	電話番号		
	続 柄		

既交付手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害の程度 (総合判定)	
------	--	-------	--	-----------------	--

(注意事項) 個人番号は理由が転入等の場合は記入してください。

自由記載 1

帳票詳細要件（14）

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220041
帳票名称	14. 療育手帳記載事項変更届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	手帳所持者（旧）	カナ氏名		●		
7		氏名		●		
8		住所（郵便番号）		●		
9		住所（住所）		●		住所＋全角スペース＋方書
10		電話番号		●		
11		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
12	保護者（旧）	カナ氏名		●		
13		氏名		●		
14		住所（郵便番号）		●		
15		住所（住所）		●		住所＋全角スペース＋方書
16		生年月日		●		日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		電話番号		●		
18		続柄		●		
19	既存手帳交付内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
20		交付年月日	●			和暦表記
21		障害の程度（総合判定）	●			
22	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

療育手帳返還届

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(届出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

下記の理由により、療育手帳を返還します。

固定文言 1

記

手帳所持者	フリガナ							生年月日	年 月 日			
	氏 名											
	住 所	〒 ☐ 届出者に同じ										
	個人番号											
返 還 理 由		1. 非該当になったため 2. 手帳所持者が死亡したため 3. 所管地域をまたぐ居住地の変更のため 4. その他 (☐)										
返還事由発生日		年 月 日										

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害の程度 (総合判定)	
自由記載 1					

帳票詳細要件（15）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220042
帳票名称	15.療育手帳返還届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	手帳所持者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所（郵便番号）	●			
9		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
10		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
11	固定文言2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	返還する手帳の記載内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
13		交付年月日	●			和暦表記
14		障害の程度（総合判定）	●			
15	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

別紙様式

療育手帳判定資料提供申出書

年 月 日

児 童 相 談 所 長 殿
知的障害者更生相談所長 殿

(申出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の対象者について、過去において療育手帳の判定を行っている判定機関の判定資料をできるだけ活用して、判定を行ってください。

固定文言 1

記

対象者

フリガナ		生年月日	年 月 日
氏 名			
新 住 所	〒 ☐ 申出者に同じ		
旧 住 所	〒		

現在所持している療育手帳		固定文言 2	
手帳番号		障害の程度 (総合判定)	
判定機関	固定文言 3		

注 意 事 項

1. 申出者は、療育手帳交付申請書の申請者と同一で、手帳の交付を受けようとする本人又はその保護者となります。

2. 過去の判定資料等の内容によっては、新住所地で新たに来所による判定を行う場合があります。

固定文言 4

自由記載 1

帳票詳細要件（16）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220043
帳票名称	16.療育手帳判定資料提供申出書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	児童相談所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	知的障害者更生相談所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	固定文言1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
6	証明書発行対象者	カナ氏名	●			
7		氏名	●			
8		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		新住所（郵便番号）	●			
10		新住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書
11	固定文言2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	固定文言3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	固定文言4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

療育手帳交付証明書発行願

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(提出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、療育手帳の交付を受けている（受けていた）ことを証する証明書の発行を依頼します。
固定文言 1

記

証明書発行対象者

フリガナ			
氏 名			
住 所	〒 ☐ 提出者に同じ		
生年月日	年 月 日		
手帳番号		障害の程度 (総合判定)	
理 由			
備 考	固定文言 2 + 編集 1		

自由記載 1

帳票詳細要件（17）

業務	03. 療育手帳	帳票ID	0220044
帳票名称	17. 療育手帳交付証明書発行願		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県、指定都市又は中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	証明書発行対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		住所（郵便番号）	●			
8		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□提出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
11	障害の程度(総合判定)		●			
12	固定文言 2＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

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 印

先に申請のありました療育手帳について、**都道府県**より送付されましたので、交付します。

なお、手帳受領の上は、下記の「受領書」に**固定文言1**を記入いただき、同封の返信用封筒にて返送先までご返送いただきますよう、よろしくお願いします。

記

一

氏 名			生年月日	
住 所			手帳番号	
保 護 者	氏 名		本人との続柄	
	住 所			
固定文言 2 返送していただくもの	固定文言 3 + 編集 1 1. このお知らせ（以下の「受領書」に記名してください） 2. 現在お持ちの旧療育手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）			
固定文言 4 返送先	固定文言 5 + 編集 2			

受 領 書

療育手帳を確かに受領しました。

年

月

日

市（町村）長 殿

自由記載 1

受領者氏名

(申請者との関係)

本人・家族・その他（

自由記載 2

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課
 住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
 電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
 メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (18)

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220045
帳票名称	18.療育手帳交付（再交付）について（郵送）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			
13	保護者	氏名	●			
14		本人との続柄	●			
15		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
16	返送していただくもの （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	返送先 （固定文言 4）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	固定文言 5＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	受領書 （自由記載 1）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
21	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

第 号
年 月 日

知的障害者死亡通知書

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。
固定文言 1

記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
住 所			
手帳番号		交付年月日	
障害の程度 (総合判定)			
死亡年月日			

(注) 当該知的障害者の死亡を確認できる書類を添付すること。

固定文言 2

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件（19）

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220046
帳票名称	19.知的障害者死亡通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	カナ氏名		●			
10	氏名		●			
11	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
12	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
13	手帳番号		●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第〇〇〇号
14	交付年月日		●			和暦表記
15	障害の程度（総合判定）		●			
16	死亡年月日		●			和暦表記
17	固定文言2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
19		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
20		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
21		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
22		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

療育手帳取下届

年 月 日

都道府県知事・指定都市・中核市市長 殿

(届出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、療育手帳の申請を取下します。
固定文言 1

記

取下理由	
------	--

対象者

フリガナ			
氏 名			
住 所	〒 ☐ 届出者に同じ		
生年月日	年 月 日	電話番号	

保護者

フリガナ		本人との 続 柄	
氏 名			
住 所	〒 □届出者に同じ		
生年月日	年 月 日	電話番号	

既交付手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	障害の程度 (総合判定)	
------	--	-------	-------	-----------------	--

自由記載 1

帳票詳細要件 (20)

業務	03.療育手帳	帳票ID	0220257
帳票名称	20.療育手帳取下届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市・中核市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		住所（郵便番号）	●			
8		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		生年月日	●			
10		電話番号	●			
11	保護者	カナ氏名	●			
12		氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所（郵便番号）	●			
15		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16		生年月日	●			
17		電話番号	●			
18	既交付手帳の記載内容	手帳番号	●			手帳交付者コードのコード内容＋全角スペース＋第○○○号
19		交付年月日	●			和暦表記
20		障害の程度(総合判定)	●			障害種別＋総合等級を「○種○級」と印字すること
21	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

第 号
年 月 日

障害者手帳交付証明書

都道府県知事・指定都市市長 印

下記の者は、障害者手帳の交付者であること（あったこと）を証明します。

固定文言 1

記

手帳番号				交 付 日	
障害等級		旅客運賃 減 額		再交付日	
有効期限				返 還 日	
氏 名				生年月日	
住 所					
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1				

自由記載 1

(お問合せ先)
●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (01)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220047
帳票名称	01. 障害者手帳交付証明書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		●			
3	発行日		●			和暦表記
4	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
8	手帳番号		●			
9	交付日		●			和暦表記
10	障害等級		●			
25	旅客運賃減額		●			
11	再交付日		●			和暦表記
12	有効期限		●			和暦表記
13	返還日		●			和暦表記
14	氏名		●			
15	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
16	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
17	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

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 印

先に申請のありました障害者手帳について、**都道府県**より送付されましたので、下記のとおりお渡しします。

固定文言 1

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		生年月日	
住 所		手帳番号	
固定文言 2 お持ちいた だくもの	固定文言 3 + 編集 1 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） 3. 受取りに来る方の本人確認書類		
固定文言 4 備 考	固定文言 5 + 編集 2		

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

自由記載 1

帳票詳細要件 (02)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220048
帳票名称	02. 障害者手帳交付（再交付）について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			
13	お持ちいただくもの （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	備考 （固定文言 4）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	固定文言 5＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
22	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

様式番号

窓空宛名

第号

年 月 日

障害者手帳交付決定通知書

都道府県知事・指定都市市長 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、下記のとおり交付することに決定したので通知します。

固定文言 1

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		旅客運賃減 額		有効期限	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1				

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判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判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判決の日から起算して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

自由記載 1

帳票詳細要件 (03)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220049
帳票名称	03. 障害者手帳交付決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			
13	交付日		●			和暦表記
14	障害等級		●			
25	旅客運賃減額		●			
15	有効期限		●			和暦表記
16	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
24	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

窓空宛名

第号

年月日

通 知 書

都道府県知事・指定都市市長 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。

固定文言1

記

氏 名		生年月日	
住 所			
申 請 日		申請事由	
理 由			

自由記載1

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）。

教示文

(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 xxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (04)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220050
帳票名称	04. 障害者手帳通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	申請日		●			和暦表記
13	申請事由		●			
14	理由		●			判定結果コードが「却下」の場合に判定理由を印字すること
15	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
16	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

窓空宛名

第号

年 月 日

障害者手帳更新のお知らせ

都道府県知事・指定都市市長 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**固定文言1**ってください。

記

氏 名		生年月日	
住 所			
有 効 期 限		手帳番号	
固定文言2 備 考	固定文言3＋編集1		

自由記載1

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (05)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220051
帳票名称	05. 障害者手帳更新のお知らせ		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	有効期限		●			和暦表記
13	手帳番号		●			
14	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
15	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
16	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

年 月 日
〇/〇 ページ

[illegible]

帳票詳細要件 (06)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220052
帳票名称	06. 障害者手帳交付申請者一覧（進達）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	発行日		●			和暦表記
4	市町村名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
6	備考 （固定文言1）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	進達先利用 （固定文言2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
8	1人目	No	●			通し番号
9		申請年月日	●			短縮表記
10		精神障害者（児）氏名	●			
11		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
12		生年月日	●			短縮表記
13		申請事由	●			
14		手帳番号	●			
15		自立支援医療の[申請事由]	●			自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
16		自立支援医療の[受給者番号]	●			自立支援医療（精神通院医療）の受給者番号を印字する
17		編集1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
18	2人目	No	●			通し番号
19		申請年月日	●			短縮表記
20		精神障害者（児）氏名	●			
21		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
22		生年月日	●			短縮表記
23		申請事由	●			
24		手帳番号	●			
25		自立支援医療の[申請事由]	●			自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
26		自立支援医療の[受給者番号]	●			自立支援医療（精神通院医療）の受給者番号を印字する
27		編集1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
28	...					
29	N人目	No	●			通し番号
30		申請年月日	●			短縮表記
31		精神障害者（児）氏名	●			
32		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
33		生年月日	●			短縮表記
34		申請事由	●			
35		手帳番号	●			
36		自立支援医療の[申請事由]	●			自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
37		自立支援医療の[受給者番号]	●			自立支援医療（精神通院医療）の受給者番号を印字する
38		編集1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
39	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

様式番号

進達先

第 号
年 月 日

障害者手帳の進達伺一覧

市（町村）長 印

下記の交付申請等について進達します。 固定文言 1

記

No	申 請 事 由		件 数		自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数
			診断書	年金証書	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
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

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (07)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220053
帳票名称	07. 進達伺書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	進達先		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	1番目の申請事由	申請事由	●			コード管理されている申請事由の1番目を設定すること
10		件数	●			
11		件数 診断書	●			添付書類に診断書がある件数
12		件数 年金証書	●			添付書類に年金証書がある件数
13		自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数	●			
14	2番目の申請事由	申請事由	●			コード管理されている申請事由の2番目を設定すること
15		件数	●			
16		件数 診断書	●			添付書類に診断書がある件数
17		件数 年金証書	●			添付書類に年金証書がある件数
18		自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数	●			
19	・・・					
20	10番目の申請事由	申請事由	●			コード管理されている申請事由の10番目を設定すること
21		件数	●			
22		件数 診断書	●			添付書類に診断書がある件数
23		件数 年金証書	●			添付書類に年金証書がある件数
24		自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数	●			
25	合計（件数）		●			1番目～10番目の件数の合計
26	合計（件数 診断書）		●			1番目～10番目の診断書件数の合計
27	合計（件数 年金証書）		●			1番目～10番目の年金証書件数の合計
28	合計（自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数）		●			1番目～10番目の自立支援医療（精神通院医療）同時申請件数の合計
29	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
30		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
31		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
32		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
33		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

(縦 9 cm、横 6 cm× 4 面)

(印字)別紙様式 (印字)障 害 者 手 帳			
写真 (縦4cm×横3cm)	余白 (印字) 設定に (印字) 自由記 載 1	交付日 (印字) 交付日 有効期限 (印字) 有効期限 (更新) (更新) (更新) (更新) (印字) 都道府県 (指定都市) 名 (印字) 公印 精神保健及び精神障害者福祉に 関する法律第45条の保健福祉手帳	余白 (印字) 設定に従う (印字) 自由記載 2
氏 名 (印字) 氏名 住 所 (印字) 住所 生年月日 (印字) 生年月日 障害等級 (印字) 障害等級 手帳番号 (印字) 手帳番号 旅客鉄道株式会社等 旅客運賃減額 (印字) 旅客運 賃割引コード		備 考 (印字) 設定に従う (印字) 自由記載 3 注 1) 住所や氏名が変わったとき は、変更届を出してください。 注 2) 更新の申請は、有効期限の 3 か月前から市町村役場で行う ことができます。	

帳票詳細要件 (08)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220054
帳票名称	08. 障害者手帳（紙様式）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
4	氏名		●			旧姓併記有無が「有」の場合は、氏名の間に「旧氏」を印字すること 例) 氏名が「標準 一郎」、旧氏が「独自」の場合 「標準（独自 一郎）」と印字する
5	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
6	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
7	障害等級		●			
8	手帳番号		●			
15	旅客鉄道株式会社等旅客運賃減額		●			
9	交付日		●			和暦表記
10	有効期限		●			和暦表記
11	(印字)都道府県（指定都市）名		●			パラメタなどにより初期設定が行えること ※一般市町村での再交付に対応できるよう都道府県名も設定できること
12	公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること ※一般市町村での再交付に対応できるよう都道府県名も設定できること
13	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
14	備考 （自由記載 3）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。

(別紙様式1)

※市町村名

※受理年月日

自由記載1

年

月

日

障害者手帳交付申請書

都道府県知事・指定都市市長 殿

写 真

縦4 cm×横3 cm

脱帽・上半身

自由記載2

1年以内に

撮影したもの

貼付しないで提出し

てください

年 月 日

私は、次の事項（○印）について申請します。
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の
[新規交付 ・ 更新 ・ 障害等級変更 ・ 都道府県又は指定都市間の住所変更による交付]
（申請項目を○で囲んでください）
また、障害者手帳の様式については、[紙様式 ・ カード様式]を希望します。
（交付を希望する様式を○で囲んでください。）

精神障害者 本人	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	住 所	〒	電 話 番 号	
	個人番号			
添付書類 （○印）	☐ 医師の診断書（手帳用）【*】 ☐ 年金証書等の写し（ 級）【*】 ・ 同意書 ☐ 特別障害給付金受給資格者証等の写し（ 級）【*】 ・ 同意書 ☐ 写真 （【*】はマイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には添付不要）			
既存の手帳	※有効期限		※手帳番号	
※以下は、精神障害者本人が18歳未満の場合記入				
家族等の 連絡先	フリガナ		本人との続柄	
	氏 名			
	住 所	〒 ☐ 精神障害者本人に同じ	電 話 番 号	
申請書を 提出した者	☐ 精神障害者本人 ☐ 上記の家族等 ※左記以外の場合は以下に記入			
	氏名		本人との関係	
	住所	〒 ☐ 精神障害者本人に同じ ☐ 上記の家族等に同じ	電 話 番 号	

(注) 1 手帳の新規交付、更新又は障害等級変更の申請を行うためには、添付書類として、「医師の診断書」又は「障害年金の年金証書、年金裁定通知書及び直近の振込（支払）通知書の写し」又は「特別障害給付金受給資格者証」（特別障害者給付金支給決定通知書）及び国庫金振込通知書（国庫金送金通知書）の写しが必要です。（ただし、マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合には、添付は不要です。）
2 マイナンバーを活用した情報連携により年金関係情報を把握する場合又は年金証書等の写し若しくは特別障害給付金受給者資格者証等の写しによる申請の場合は、障害等級を照会することがあります。
3 写真は、脱帽して上半身を写したもので（申請者の申出により、都道府県知事が、宗教上又は医療上の理由により顔の輪郭がわかる範囲で頭部を布などで覆うことを認める場合を除く。）で、1年以内に撮影したものであること。なお、紙様式の場合には、縦4 cm×横3 cm、カード様式の場合には、加工が可能な大きさの写真を提出してください。
4 ※の欄は記入しないでください。

自由記載3

帳票詳細要件 (09)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220055
帳票名称	09. 障害者手帳交付申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
6	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	精神障害者本人	カナ氏名	●			
8		氏名	●			
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		住所（郵便番号）	●			
11		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書
12		電話番号	●			
13		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
25	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
26	既存の手帳	有効期限	●			和暦表記
27		手帳番号	●			
14	家族等の連絡先	カナ氏名	●			家族の連絡先は管理項目の保護者の情報を印字する
15		氏名	●			
16		本人との続柄	●			
17		住所（郵便番号）	●			
18		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□申請者に同じ」は削除すること
19		電話番号	●			
23	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
24	自由記載 3		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

(別紙様式7)

※市町村名 自由記載 1
 ※受理年月日 年 月 日

写 真
 縦4cm×横3cm
 脱帽・上半身
 自由記載 2
 撮影したもの
 貼付しないで提出し
 てください

障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書

都道府県知事・指定都市市長 殿

年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳について、次の事項（○印）の届出・申請をします。 固定文言 1

1 [①都道府県又は指定都市内における住所変更、②都道府県又は指定都市を越える住所変更、③氏名の変更] の届出 固定文言 2

(変更内容)

旧	住 所	
	氏 名	
新		

2 [①汚れ、②破り、③紛失、④その他 ()] したため再交付の申請 固定文言 3
 3 手帳の様式を変更するための再交付申請

精神障害者 本人	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日			
	氏 名						
	住 所	〒	電 話 番 号				
	個人番号						
現行の手帳番号							

申請書を 提出した者	□精神障害者本人 ※精神障害者本人以外の場合は以下に記入						
	氏 名		本人と の関係				
	住 所	〒		□精神障害者本人に同じ	電 話 番 号		

(注) 都道府県又は指定都市の区域を越える住所変更をしたときは、本届書のほかに、手帳交付の申請書を提出してください。 固定文言 4

自由記載 3

帳票詳細要件 (10)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220056
帳票名称	10. 障害者手帳記載事項変更届・再発行申請書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
6	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
7	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
8	(変更内容) 旧	住所	●			
9		氏名	●			
10	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	精神障害者本人	カナ氏名	●			
12		氏名	●			
13		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
14		住所 (郵便番号)	●			
15		住所 (住所)	●			住所＋全角スペース＋方書
16		電話番号	●			
17		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
18	現行の手帳番号		●			
19	固定文言 4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
20	自由記載 3		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

障害者手帳返還届

年 月 日

都道府県知事・指定都市市長 殿

(届出者)

住所 〒

氏名

本人との続柄

電話番号

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳を返還します。

固定文言 1

記

手 帳 所 持 者	フリガナ		生年月日	年 月 日								
	氏 名											
	住 所	〒					□届出者に同じ					
	個人番号											
返 還 理 由		1. 障害等級に該当する精神障害でなくなったため 2. 手帳所持者が死亡したため 固定文言 2 3. その他 ()										
返還事由発生日		年 月 日										

返還する手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日		障害等級	
自由記載 1					

帳票詳細要件 (11)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220057
帳票名称	11. 障害者手帳返還届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	手帳所持者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所（郵便番号）	●			
9		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
10		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
11	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	返還する手帳の記載内容	手帳番号	●			
13		交付年月日	●			和暦表記
14		障害等級	●			
15	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

自由記載 1

帳票詳細要件 (12)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220058
帳票名称	12. 障害者手帳障害年金等に係る同意書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		住所（郵便番号）	●			
9		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□同意者に同じ」は削除すること
10	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
11	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
12	固定文言 4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
13	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

障害者手帳交付証明書発行願

年 月 日

都道府県知事・指定都市市長 殿

(提出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、障害者手帳の交付を受けている（受けていた）ことを証する証明書の発行を
依頼します。

固定文言 1

記

証明書発行対象者

フリガナ	
氏 名	
住 所	〒 ☐ 提出者に同じ
生年月日	年 月 日
手帳番号	
理 由	
備 考	固定文言 2 + 編集 1

自由記載 1

帳票詳細要件 (13)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220059
帳票名称	13. 障害者手帳交付証明書発行願		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	証明書発行対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		住所（郵便番号）	●			
8		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□提出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		手帳番号	●			
11	固定文言 2＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日 号 日

障害者手帳交付（再交付）について

市（町村）長 印

先に申請のありました障害者手帳について、都道府県より送付されましたので、交付します。

なお、手帳受領の上は、下記の「受領書」に記名いただき、同封の返信用封筒にて返送先までご返送いただきますよう、よろしくお願いします。

記

氏 名		生年月日	
住 所		手帳番号	
固定文言 2 返送していただくもの	固定文言 3 + 編集 1 1. このお知らせ（以下の「受領書」に記名してください） 2. 現在お持ちの旧障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）		
固定文言 4 返送先	固定文言 5 + 編集 2		

受 領 書

障害者手帳を確かに受領しました。

年 月 日

市（町村）長 殿

自由記載 1

受領者氏名

（申請者との関係）

本人・家族・その他（ ）

自由記載 2

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (14)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220060
帳票名称	14. 障害者手帳交付（再交付）について（郵送）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名＋全角スペース＋市町村長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	手帳番号		●			
13	返送していただくもの （固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	返送先 （固定文言 4）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	固定文言 5＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
17	受領書 （自由記載 1）		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
18	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

窓空宛名

第号

年 月 日

障害者手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院）更新のお知らせ

都道府県知事・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及び自立支援医療受給者証（精神通院）の更新の時期が近づいております。

固定文言 1

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			
障害者手帳 有 効 期 限		障害者手帳 番 号	
自立支援医療 （精神通院） 有 効 期 間		自立支援医療 （精神通院） 受給者番号	
固定文言 2 備 考	固定文言 3 + 編集 1		

自由記載 1

（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 xxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (15)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220061
帳票名称	15. 障害者手帳及び自立支援医療受給者証（精神通院）更新のお知らせ		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	都道府県知事又は市（町村）長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
9	氏名		●			
10	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	障害者手帳有効期限		●			和暦表記
13	障害者手帳番号		●			
14	自立支援医療（精神通院）有効期間		●			和暦表記 「〇〇から〇〇」の形式で印字すること
15	自立支援医療（精神通院）受給者番号		●			
16	備考（固定文言 2）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。
19	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名を設定すること
20		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
21		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
22		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
23		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

障害者手帳取下届

年 月 日

都道府県知事・指定都市市長 殿

(届出者)
住所 〒

氏名
本人との続柄
電話番号

下記の理由により、精神障害者保健福祉手帳の申請を取下します。
固定文言 1

記

取下理由	
------	--

対象者

フリガナ			
氏 名			
住 所	〒		☐ 届出者に同じ
生年月日	年 月 日	電話番号	

保護者

フリガナ		本人との 続 柄	
氏 名			
住 所	〒 □届出者に同じ		
生年月日	年 月 日	電話番号	

既交付手帳の記載内容

手帳番号		交付年月日	年 月 日	障害等級	
------	--	-------	-------	------	--

自由記載 1

帳票詳細要件 (20)

業務	04. 精神障害者保健福祉手帳	帳票ID	0220259
帳票名称	16. 障害者手帳取下届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	都道府県又は指定都市		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
5	対象者	カナ氏名	●			
6		氏名	●			
7		住所（郵便番号）	●			
8		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
9		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		電話番号	●			
11	保護者	カナ氏名	●			
12		氏名	●			
13		本人との続柄	●			
14		住所（郵便番号）	●			
15		住所（住所）	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□届出者に同じ」は削除すること
16		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17		電話番号	●			
18	既交付手帳の記載内容	手帳番号	●			
19		交付年月日	●			和暦表記
20		障害等級	●			
21	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

窓空宛名

第 年 月 日 号

手当名認定通知書

福祉事務所長 印

申請日付けで請求のありました手当名の受給資格については、下記のとおり認定しましたので通知します。

記

受給者氏名			
受給者住所			
支給手当月額	円	支給開始年月	年 月から
振込先又は支払場所			
備考	固定文言1＋編集1		

自由記載1

この認定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日

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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

自由記載 2

- 1 障害児福祉手当・特別障害者手当（福祉手当）は、2月、5月、8月、11月の年4回、それぞれの月の前月までの分をまとめて支払うこととなっています。
また、支払日は、当該支払月の 日（日曜日、土曜日、祝日等の場合は、その直前の日曜日等ではない日）となります。
- 2 この手当等を受けるには、毎年8月12日から9月11日の間に、あなたやあなたの扶養義務者等についての前年の所得状況を届け出る必要があります。
- 3 あなたの氏名や住所などを変更したときは、14日以内に福祉事務所に届けてください。
- 4 この認定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。
- 5 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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）となります。）、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

帳票詳細要件 (01)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220062
帳票名称	01. 認定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	受給者氏名		●			
9	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
10	支給手当月額		●			
11	支給開始年月		●			和暦表記 “から”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
12	振込先又は支払場所	銀行名	●			
13		支店名	●			
14		口座種別	●			
15		口座番号・記号番号	●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号○○○○○○ 番号○○○○○○○○○のように印字すること
16		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
17	備考 (固定文言1＋編集1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目1:「有期認定有無」、印字有無:「有」、前付加文言:「有期認定有無:」、後付加文言:(空白) 印字すべき管理項目2:「有期認定年月」、印字有無:「有」、前付加文言:「有期認定年月:」、後付加文言:(空白) となっている場合は、次のとおり印字する。 有期認定有無:有 有期認定年月:令和4年10月
18	申請日		●			和暦表記
19	手当名		●			「特別障害者手当」もしくは「障害児福祉手当」
20	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
21	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと
27	自由記載2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

窓空宛名

第 号
年 月 日

手 当 名認定請求却下通知書

福祉事務所長

申 請 日付けで手 当 名の認定請求がありましたが、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

氏 名	
住 所	
却下した理由	

自由記載 1

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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (02)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220063
帳票名称	02. 認定請求却下通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	申請日		●			和暦表記
9	手当名		●			「特別障害者手当」もしくは「障害児福祉手当」
10	氏名		●			
11	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
12	却下した理由		●			判定結果コードが「却下」の場合に判定理由を印字すること
13	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
14	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
15	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
16		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
17		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
18		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
19		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 号
年 月 日

手 当 名再認定通知書

福祉事務所長

印

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、下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。

固定文言 1

記

受 給 者 氏 名			
受 給 者 住 所			
支給手当月額		支給開始年月	から
振 込 先 又 は 支 払 場 所			
備 考 固定文言 2	固定文言 3 + 編集 1		

この認定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日 教示文 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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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 123-4567 ●●市●● 1－2－3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (03)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220064
帳票名称	03. 再認定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給手当月額		●			
12	支給開始年月		●			和暦表記 “から”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
13	振込先又は支払場所	銀行名	●			
14		支店名	●			
15		口座種別	●			
16		口座番号・記号番号	●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号○○○○○○ 番号○○○○○○○○○のように印字すること
17		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
18	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	固定文言 3＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目1: 「有期認定有無」、印字有無: 「有」、前付加文言: 「有期認定有無:」、後付加文言: (空白) 印字すべき管理項目2: 「有期認定年月」、印字有無: 「有」、前付加文言: 「有期認定年月:」、後付加文言: (空白) となっている場合は、次のとおり印字する。 有期認定有無: 有 有期認定年月: 令和4年10月
20	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
21	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
22		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
23		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
24		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
25		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

窓空宛名

第
年

月

号
日

手当名支給開始決定通知書

福祉事務所長



申請日付けで届出のありました手当名については、下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。

記

受給者氏名			
受給者住所			
支給手当月額		支給開始年月	から
振込先又は 支払場所			
備考 固定文言1	固定文言2＋編集1		

自由記載1

(お問合せ先)
●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●●1－2－3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (04)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220065
帳票名称	04. 支給開始決定通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	申請日		●			和暦表記
9	手当名		●			
10	支給開始年月－1か月		●			和暦表記
11	受給者氏名		●			
12	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
13	支給手当月額		●			
14	支給開始年月		●			和暦表記 “から”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
15	振込先又は支払場所	銀行名	●			
16		支店名	●			
17		口座種別	●			
18		口座番号・記号番号	●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号○○○○○○ 番号○○○○○○○○のように印字すること
19		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
20	備考 (固定文言1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
21	固定文言2＋編集1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目1: 「有期認定有無」、印字有無: 「有」、前付加文言: 「有期認定有無:」、後付加文言: (空白) 印字すべき管理項目2: 「有期認定年月」、印字有無: 「有」、前付加文言: 「有期認定年月:」、後付加文言: (空白) となっている場合は、次のとおり印字する。 有期認定有無: 有 有期認定年月: 令和4年10月
22	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
23	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
24		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
25		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
26		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
27		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 年 月 日

手当名支給停止通知書

福祉事務所長

あなたの手当名については、下記のとおり、支給停止しましたので通知します。

記

受給者氏名	
受給者住所	
支給停止の理由	
支給停止の期間	年 月から 年 月まで
備考	固定文言1＋編集1

自由記載1

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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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。

支給停止の措置を受けた場合で、翌年8月以降について手当の支給を受けることを希望するときは、翌年8月12日から9月11日の間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
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (05)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220066
帳票名称	05. 支給停止通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給停止の理由		●			
12	支給停止の期間		●			和暦表記 “から”、“” まで”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
13	備考 (固定文言1＋編集1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：1234567890
14	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
15	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	固定文言2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 号
年 月 日

手当名支給停止解除通知書

福祉事務所長



あなたの**手当名**については、下記のとおり、支給停止解除しましたので通知します。

記

受給者氏名	
受給者住所	
支給停止解除の理由	
支給停止解除の期間	
備考	固定文言1＋編集1

自由記載1

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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (06)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220067
帳票名称	06. 支給停止解除通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給停止解除の理由		●			
12	支給停止解除の期間		●			和暦表記 “から”、“” まで”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
13	備考 (固定文言1＋編集1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目1:「認定番号」、印字有無:「有」、前付加文言:「認定番号:」、後付加文言:空白 認定番号: 123456
14	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
15	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
17		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
18		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
19		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
20		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 号
年 月 日

手 当 名一時差止通知書

福祉事務所長

印

あなたの^{手 当 名}については、下記のとおり、一時差止しましたので通知します。

記

受 給 者 氏 名	
受 給 者 住 所	
一 時 差 止 の 理 由	
一 時 差 止 開 始 年 月	
備 考 固定文言 1	固定文言 2 + 編集 1

自由記載 1

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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (07)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220068
帳票名称	07. 一時差止通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	一時差止の理由		●			
12	一時差止開始年月		●			和暦表記 “から”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
13	備考 (固定文言1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言2＋編集1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
15	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 年 月 日

手 当 名一時差止解除通知書

福祉事務所長

印

あなたの手当名手当については、下記のとおり、一時差止解除しましたので通知します。

記

受 給 者 氏 名	
受 給 者 住 所	
一時差止解除の理由	
一時差止解除年月	
備 考 固定文言 1	固定文言 2 + 編集 1

自由記載 1

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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (08)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220069
帳票名称	08. 一時差止解除通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	一時差止解除の理由		●			
12	一時差止解除年月		●			和暦表記
13	備考 (固定文言 1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言 2＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
15	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 号
年 月 日

手 当 名資格喪失通知書

福祉事務所長



下記のとおり、

手 当 名

の受給資格がなくなりましたので通知します。

記

受 給 者 氏 名	
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	年 月 日
備 考 固 定 文 言 1	固定文言 2 + 編集 1

自由記載 1

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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (09)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220070
帳票名称	09. 資格喪失通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	手当名		●			
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	受給資格がなくなった理由		●			
12	受給資格がなくなった日		●			和暦表記
13	備考 (固定文言1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言2＋編集1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
15	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
17	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
18		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
19		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
20		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
21		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 号
年 月 日

手 当 名 の診断書の提出について

福祉事務所長 印

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。また、手当が所得制限により支給停止となる場合は、診断書の提出を省略することができます。

記

受給者氏名	
受給者住所	
提出書類	固定文言1＋編集1 診断書
提出を要する理由	固定文言2 引き続いて手当の支給を受けるためには障害の状態を確認する必要があります。
備考 固定文言3	固定文言4＋編集2
自由記載1	

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (10)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220071
帳票名称	10. 診断書の提出について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	診断書の提出期限		●			和暦表記 有期認定年月の末日を印字
9	提出先		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	診断書の提出期限の翌月		●			和暦表記
11	受給者氏名		●			
12	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
13	固定文言 1＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	備考 (固定文言 3)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
16	固定文言 4＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
17	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
18	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
19		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
20		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
21		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
22		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 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 印

下記の書類を提出期限までに、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。

固定文言1＋編集1

記

受給者氏名	
受給者住所	
提出書類	固定文言2＋編集2
提出を要する理由	固定文言3
備考 固定文言4	固定文言5＋編集3
自由記載1	

(お問合せ先)
市福祉部障害福祉課
住所 123-4567 市 1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (11)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220072
帳票名称	11. 所得状況届の提出に関するご案内		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	固定文言 2＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	備考 (固定文言 4)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言 5＋編集 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
15	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
17		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
18		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
19		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
20		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式番号

〇〇年度

手 当 名所得状況関係連名簿

年 月 日
〇/〇 ページ

認定番号	氏 名		所得確定	前年支給状況 転入日	所 得 額		控 除		扶養人数		本人該当		備 考
	住 所												
世帯通番	続 柄	生年月日	年齢	資格喪失日									
					総 所 得 額		雑 損		⑧扶養		障 害		編集 1
					繰 越 損 失 額		医療費		㊦老人		特障害		
					その他所得額		掛 金		㊦特定		寡 婦		
						控除後所得額		配偶者		㊦16-19		ひとり	
特 定									障 害		勤 学		
保険料									特障害				
					総 所 得 額		雑 損		⑧扶養		障 害		
					繰 越 損 失 額		医療費		㊦老人		特障害		
					その他所得額		掛 金		㊦特定		寡 婦		
						控除後所得額		配偶者		㊦16-19		ひとり	
特 定									障 害		勤 学		
保険料									特障害				
					総 所 得 額		雑 損		⑧扶養		障 害		
					繰 越 損 失 額		医療費		㊦老人		特障害		
					その他所得額		掛 金		㊦特定		寡 婦		
						控除後所得額		配偶者		㊦16-19		ひとり	
特 定									障 害		勤 学		
保険料									特障害				
					総 所 得 額		雑 損		⑧扶養		障 害		
					繰 越 損 失 額		医療費		㊦老人		特障害		
					その他所得額		掛 金		㊦特定		寡 婦		
						控除後所得額		配偶者		㊦16-19		ひとり	
特 定									障 害		勤 学		
保険料									特障害				

帳票詳細要件 (12)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220073
帳票名称	12. 所得状況関係連名簿		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	年度		●			和暦表記
4	印刷日		●			和暦表記
5	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
6	1人目 認定番号		●			
7	1人目 世帯通番		●			
8	1人目 世帯員	氏名	●			
9		住所	●			
10		続柄	●			
11		生年月日	●			短縮表記
12		所得確定	●			所得確定区分コードの名称を印字する
13		年齢	●			
14		前年支給状況	●			
15		転入日	●			短縮表記
16		資格喪失日	●			短縮表記
17	1人目 所得額	総所得額	●			
18		繰越損失額	●			
19		その他所得額	●			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、商品先物取引に係る雑所得等
20		控除後所得額	●			
21	1人目 控除	雑損	●			雑損控除
22		医療費	●			医療費控除
23		掛金	●			小規模企業共済等掛金控除
24		配偶者	●			配偶者特別控除
70		特定	●			特定親族特別控除
25		保険料	●			社会保険料控除
26	1人目 扶養人数	⑧扶養	●			同一生計配偶者及び扶養親族の合計数
27		ア老人	●			70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数
28		イ特定	●			特定扶養親族の数
71		ウ16-19	●			16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数
29		障害	●			障害者（特別障害者を除く）である同一生計配偶者及び扶養親族の数
30		特障害	●			特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数
31	1人目 本人該当	障害	●			障害者（特別障害者を除く）の場合、「該当」を印字する
32		特障害	●			特別障害者の場合、「該当」を印字する
33		寡婦	●			寡婦の場合、「該当」を印字する
34		ひとり	●			ひとり親の場合、「該当」を印字する
35		勤学	●			勤労学生の場合、「該当」を印字する
36	1人目 備考 (編集1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例) 印字すべき管理項目：「住民区分」、印字有無：「有」、前付加文言：「認住民区分：」、後付加文言：(空白)。 住民区分：外国人
37	...					
38	N人目 認定番号		●			
39	N人目 世帯通番		●			
40	N人目 対象者	氏名	●			
41		住所	●			
42		続柄	●			
43		生年月日	●			短縮表記
44		所得確定	●			
45		年齢	●			
46		前年支給状況	●			
47		転入日	●			短縮表記
48		資格喪失日	●			短縮表記
49	N人目 所得額	総所得額	●			
50		繰越損失額	●			
51		その他所得額	●			
52		控除後所得額	●			
53	N人目 控除	雑損	●			
54		医療費	●			
55		掛金	●			
56		配偶者	●			
72		特定	●			
57		保険料	●			
58	N人目 扶養人数	⑧扶養	●			
59		ア老人	●			
60		イ特定	●			
73		ウ16-19	●			
61		障害	●			
62		特障害	●			
63	N人目 本人該当	障害	●			
64		特障害	●			
65		寡婦	●			
66		ひとり	●			
67		勤学	●			
68	N人目 備考 (編集1)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例) 印字すべき管理項目：「住民区分」、印字有無：「有」、前付加文言：「認住民区分：」、後付加文言：(空白)。 住民区分：外国人
69	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

様式番号

窓空宛名



通 番	
認定番号	

特別障害者手当現況届 (年度)

受 給 者	フリガナ				生年月日	
	氏 名					
		住 所	〒			電話番号
配 偶 者	氏 名		住所	〒 □受給者に同じ		
扶養義務者	氏 名	(受給者との続柄)	住所	〒 □受給者に同じ		
	氏 名	(受給者との続柄)	住所	〒 □受給者に同じ		
(受給者のみ) 施 設 へ の 入 所 状 況	□入所中 □入所予定		□ (過去1年以内に) 入所していた			□入所していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで			
	施設名					
※通所施設・短期入所・グループホーム 固定文言 1 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 状 況	□入院中 □入院予定		□ (昨年4月から現在にかけ) 継続して3か月を超える入院をしていた			□入院していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで			
	病院名 (介護老人保健施設等を含む)					
(受給者のみ) 公的年金の 受 給 状 況	□受給している □申請中					□受給していない
	年金の名称	年金の種類	年金額 (受取額)			
			円			
			円			
※年金の名称 1国民年金 2厚生年金 3共済年金 4船員年金 5恩給 6労災年金 7その他						
※年金の種類 1老齢年金 2障害年金 3遺族年金 4退職年金 5障害補償年金 6寡婦(夫)年金 7その他						
(注意) 障害年金・遺族年金・寡婦(夫)年金の受給者は前年中に受給した年金額を確認できるもの(年金振込通知書や通帳の写し等)、また前年度に年金を受給開始した方は年金証書の写しを提出してください。						
(受給者のみ) 前年末時点における16歳以上19歳未満の児童の所得税法上の扶養状況			□扶養していた (人)		□扶養していない	
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。					

上記のとおり届出します。

固定文言 3

年 月 日

殿

受給者氏名

届出人氏名

連 絡 先

自由記載 2

帳票詳細要件 (13)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220074
帳票名称	13. 特別障害者手当現況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	自由記載 1			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	通番		●			現況届一括出力時の通番
5	認定番号		●			
6	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	年度		●			
8	受給者	フリガナ	●			
9		氏名	●			
10		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		郵便番号	●			郵便番号
12		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
13		電話番号	●			
14	配偶者	氏名	●			
15		郵便番号	●			郵便番号
16		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
17	扶養義務者 1	氏名	●			
18		受給者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
21	扶養義務者 2	氏名	●			
22		受給者との続柄	●			
23		郵便番号	●			郵便番号
24		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
25	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
26	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
27	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の介護保険台帳及び公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。」
28	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
29	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
30	※扶養義務者が3人以上の場合は改ページすること					

様式番号

窓空宛名



通 番	
認定番号	

障害児福祉手当現況届 (年度)

受 給 者	フリガナ				生年月日	
	氏 名					
		住 所	〒			電話番号
配 偶 者	氏 名		住所	〒 □受給者に同じ		
扶養義務者	氏 名	(受給者との続柄)	住所	〒 □受給者に同じ		
	氏 名	(受給者との続柄)	住所	〒 □受給者に同じ		
(受給者のみ) 施 設 へ の 入 所 状 況	□入所中 □入所予定		□ (過去1年以内に) 入所していた			□入所していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで			
	施設名					
	※通所施設・短期入所・グループホーム等は施設入所にあたりません					
(受給者のみ) 公的年金の 受 給 状 況	□受給している □申請中					□受給していない
	年金の名称	年金の種類		基礎年金番号		
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。					
※年金の名称 1国民年金 2厚生年金 3共済年金 4障害年金 5恩給 6労災年金 7その他						
※年金の種類 1障害年金 2障害補償年金						
上記のとおり届出します。 固定文言 3						

年 月 日

殿

受給者氏名

届出人氏名

連絡先

自由記載 2

帳票詳細要件 (14)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220075
帳票名称	14. 障害児福祉手当現況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	自由記載 1			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	通番		●			現況届一括出力時の通番
5	認定番号		●			
6	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	年度		●			
8	受給者	フリガナ	●			
9		氏名	●			
10		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		郵便番号	●			郵便番号
12		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
13		電話番号	●			
14	配偶者	氏名	●			
15		郵便番号	●			郵便番号
16		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
17	扶養義務者 1	氏名	●			
18		受給者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
21	扶養義務者 2	氏名	●			
22		受給者との続柄	●			
23		郵便番号	●			郵便番号
24		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
25	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
26	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
27	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。」
28	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
29	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
30	※扶養義務者が3人以上の場合は改ページすること					

様式番号

窓空宛名



通 番	
認定番号	

経過的福祉手当現況届 (年度)

受 給 者	フリガナ				生年月日	
	氏 名					
		住 所	〒			電話番号
配 偶 者	氏 名		住所	〒 □受給者に同じ		
扶養義務者	氏 名	(受給者との続柄)	住所	〒 □受給者に同じ		
	氏 名	(受給者との続柄)	住所	〒 □受給者に同じ		
(受給者のみ) 施 設 へ の 入 所 状 況	□入所中 □入所予定		□ (過去1年以内に) 入所していた			□入所していない
	年 月 日から		年 月 日から 年 月 日まで			
	施設名					
	※通所施設・短期入所・グループホーム 固定文言1 介護老人ホーム等は施設入所にあたりません					
(受給者のみ) 公的年金の 受 給 状 況	□受給している □申請中					□受給していない
	年金の名称	年金の種類	基礎年金番号			
※年金の名称 1国民年金 2厚生年金 3共済年金 4船員年金 5恩給 6特別障害給付金 7その他 固定文言2						
※年金の種類 1障害年金 2障害補償年金						
(受給者のみ) 前年末時点における16歳以上19歳未満の児童の所得税法上の扶養状況				□扶養していた (人)		□扶養していない
誓約事項	□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。					

上記のとおり届出します。 固定文言3

年 月 日

殿

受給者氏名

届出人氏名

連絡先 - -

自由記載2

帳票詳細要件 (15)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220076
帳票名称	15. 経過的福祉手当現況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	自由記載 1			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	通番		●			現況届一括出力時の通番
5	認定番号		●			
6	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	年度		●			
8	受給者	フリガナ	●			
9		氏名	●			
10		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		郵便番号	●			郵便番号
12		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
13		電話番号	●			
14	配偶者	氏名	●			
15		郵便番号	●			郵便番号
16		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
17	扶養義務者 1	氏名	●			
18		受給者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
21	扶養義務者 2	氏名	●			
22		受給者との続柄	●			
23		郵便番号	●			郵便番号
24		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給者に同じ」は削除すること
25	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
26	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
27	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり届出します。なお、手当の受給資格の確認にあたり、必要に応じて上記に係る者の介護保険台帳及び公的年金の受給状況等の確認を受けることに同意します。」
28	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
29	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
30	※扶養義務者が3人以上の場合は改ページすること					



様式第三号(第二条・第五条関係)

				※受付		年	月	日	認定番号				
障害児福祉手当（福祉手当） 所得状況届													
① 受給資格者		(フリガナ)						個人					
		氏名						番号					
		住所 〒											
② 配偶者		(フリガナ)				個人				住所 〒		□受給資格者に同じ	
		氏名				番号							
③ 扶養義務者		(フリガナ)				個人				住所 〒		□受給資格者に同じ	
		氏名				番号							
		(受給資格者との続柄)											
④ 年所得		⑤ 受給資格者				⑥ 配偶者				⑦ 扶養義務者			
⑧ 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（受給資格者については、㊦70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㊩特定扶養親族の数、㊭16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））		人				人				人			
		(㊦) 人				人				人			
		(㊩) 人				(人)				(人)			
⑨ 所得額		円		※ ㊦ 円		円		※ ㊩ 円		円		※ ㊭ 円	
控除	⑩ 障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人		円		人		円		人		円	
	⑪ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人		円		人		円		人		円	
	⑫ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生 の別	寡・ひとり・勤		円		障・特障・寡・ひとり・勤		円		障・特障・寡・ひとり・勤		円	
	⑬	円		円		円		円		円		円	
	⑭ 社会保険料等相当額	円		円		円		円		円		円	
⑮ 控除後の所得額		円				円				円			
誓約事項		□ 所得額等について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。											
上記のとおり相違ありません。													
固定文言 1													
年 月 日													
氏 名 電話番号													
※ 審査													

◎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。

(A列4番)

(裏面)

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（控除対象扶養親族に該当しない30歳以上70歳未満の扶養親族を除きます。）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 受給資格者については、㉞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、㉟に特定扶養親族の数を、㊱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控除若しくは特別障害者控除、寡婦控除、ひとり親控除又は勤労学生控除を受けた場合は、該当するものを○で囲んでください。
なお、受給資格者については、地方税法に定める特別障害者以外の障害者控除又は特別障害者控除の額は控除しません。
 - 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、配偶者特別控除又は特定親族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

自由記載 2

帳票詳細要件 (16)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220077
帳票名称	16. 障害児福祉手当（福祉手当）所得状況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載 1			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一意に識別できる値をバーコード（NW-7）で印字する
4	認定番号			●		
5	受給資格者	フリガナ	●			
6		氏名	●			
7		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
8		郵便番号	●			郵便番号
9		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
10	配偶者	フリガナ	●			
11		氏名	●			
12		個人番号			●	
13		郵便番号	●			郵便番号
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給資格者に同じ」は削除すること
15	扶養義務者	フリガナ	●			
16		氏名	●			
17		個人番号			●	
18		受給資格者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給資格者に同じ」は削除すること
21	所得年		●			
22	受給資格者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
23		70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数		●		
24		特定扶養親族数		●		
25		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数		●		
26		所得額		●		
27		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
28		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
29		寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
30		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛け金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（2つまでとし、3つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
31		医療費控除		●		
32		小規模企業共済等掛け金控除		●		
33		配偶者特別控除		●		
67		特定親族特別控除		●		
34		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
35		社会保険料相当額		●		
36		控除後の所得額		●		
37	配偶者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
38		うち老人扶養親族の数		●		
39		所得額		●		
40		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
41		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
42		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
43		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛け金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（2つまでとし、3つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
44		医療費控除		●		
45		小規模企業共済等掛け金控除		●		
46		配偶者特別控除		●		
68		特定親族特別控除		●		
47		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
48		社会保険料相当額		●		
49		控除後の所得額		●		
50	扶養義務者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
51		うち老人扶養親族の数		●		
52		所得額		●		
53		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
54		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
55		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること

帳票詳細要件 (16)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220077
帳票名称	16. 障害児福祉手当（福祉手当）所得状況届		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
56		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛け金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（2つまでとし、3つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
57		医療費控除		●		
58		小規模企業共済等掛け金控除		●		
59		配偶者特別控除		●		
69		特定親族特別控除		●		
60		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
61		社会保険料相当額		●		
62		控除後の所得額		●		
63	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり相違ありません。なお、所得状況届提出にあたり、課税台帳等により私及び受給資格者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。」
64	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
65	※審査		●			雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛け金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額を印字すること（3つ以上ある場合に印字すること）
66	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

	※受付						年			月			日			認定番号									
特別障害者手当所得状況届																									
① 受給資格者		(フリガナ)								個人番号															
		氏名																							
		住所〒																							
② 配偶者		(フリガナ)						個人番号										住所〒 □受給資格者に同じ							
		氏名																							
③ 扶養義務者		(フリガナ)						個人番号										住所〒 □受給資格者に同じ							
		氏名																							
		(受給資格者との続柄)																							
④ 年所得							⑤ 受給資格者					⑥ 配偶者					⑦ 扶養義務者								
⑧ 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（受給資格者については、㉔70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数，㉕特定扶養親族の数、㉖16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））							人 ㉔人 ㉕人 ㉖人					人 (人)					人 (人)								
⑨ 受給資格者に係る所得額（欄外の記入要領参照）							円		※ア			円													
⑩ 配偶者・扶養義務者に係る所得額												円							※イ			円		円	
控	⑪ 障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数		人		円		人		円		人		円		人		円								
	⑫ 特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		人		円		人		円		人		円		人		円								
除	⑬ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の特例		寡・ひとり・勤		円		障・特障・寡・ひとり・勤		円		障・特障・寡・ひとり・勤		円		障・特障・寡・ひとり・勤		円								
	⑭		円		円		円		円		円		円		円		円								
			円		円		円		円		円		円		円		円								
	⑮ 社会保険料等相当額		円		円				円				円				円								
⑯ 控除後の所得額							円					円					円								
誓約事項		□ 所得額等について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。																							
上記のとおり相違ありません。																									
固定文言 1																									
年 月 日 氏名 電話番号																									
※ 審査																									

(注) ⑨欄の記入要領

- 1 裏面の公的年金等を受給していない人は、都道府県民税に係る前年（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）の課税所得（給与所得がある場合には、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) (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	B	円		円
給与所得控除後の給与所得額	C	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	E	円		円
雑所得及び給与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
備考				

(裏面)

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（控除対象扶養親族に該当しない30歳以上70歳未満の扶養親族を除きます。）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) 受給資格者については、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、④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控除若しくは特別障害者控除、寡婦控除、ひとり親控除又は勤労学生控除を受けた場合は、該当するものを○で囲んでください。
 なお、受給資格者については、地方税法に定める特別障害者以外の障害者控除又は特別障害者控除の額は控除しません。
 - 8 ⑭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、配偶者特別控除又は特定親族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 ⑮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、雑所得及び給与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
 - ニ 恩給
 - ホ 国家公務員等共済組合の年金
 - ヘ 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

帳票詳細要件 (17)

業務		05. 国制度手当		帳票ID	0220078
帳票名称		17. 特別障害者手当所得状況届			

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自由記載 1			●		利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする バーコードの印字有無を選択でき、印字有の場合は手当種別、年度ごとに個人を一 意に識別できる値をバーコード (NW-7) で印字する
4	認定番号			●		
5	受給資格者	フリガナ	●			
6		氏名	●			
7		個人番号			●	システムからの印字は無し (実装不可) とするが、レイアウト上枠を設けるこ と。(以降の個人番号も同様。)
8		郵便番号	●			郵便番号
9		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
10	配偶者	フリガナ	●			
11		氏名	●			
12		個人番号			●	
13		郵便番号	●			郵便番号
14		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給資格者に同じ」は削除すること
15	扶養義務者	フリガナ	●			
16		氏名	●			
17		個人番号			●	
18		受給資格者との続柄	●			
19		郵便番号	●			郵便番号
20		住所	●			住所＋全角スペース＋方書 印字する場合は帳票レイアウト上の「□受給資格者に同じ」は削除すること
21	所得年		●			
22	受給資格者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
23		70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数		●		
24		特定扶養親族数		●		
25		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数		●		
26		受給資格者に係る所得額 (欄外の記入要領参照)		●		
27		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
28		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
29		寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
30		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛け金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額 (左右の円のうち右欄) を印字すること (2つまでとし、3つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること)
31		医療費控除		●		
32		小規模企業共済等掛け金控除		●		
33		配偶者特別控除		●		
67		特定親族特別控除		●		
34		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
35		社会保険料相当額		●		
36		控除後の所得額		●		
37		同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
38		うち老人扶養親族の数		●		
39		配偶者・扶養義務者に係る所得額		●		
40	配偶者	同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
41		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
42		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
43		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛け金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額 (左右の円のうち右欄) を印字すること (2つまでとし、3つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること)
44		医療費控除		●		
45		小規模企業共済等掛け金控除		●		
46		配偶者特別控除		●		
68		特定親族特別控除		●		
47		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
48		社会保険料相当額		●		
49		控除後の所得額		●		
50	扶養義務者	同一生計配偶者及び扶養親族の合計数		●		
51		うち老人扶養親族の数		●		
52		配偶者・扶養義務者に係る所得額		●		
53		同一生計配偶者及び扶養親族数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること
54		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数		●		人数に加えて帳票右欄の金額も印字すること

帳票詳細要件 (17)

業務		05. 国制度手当		帳票ID	0220078
帳票名称		17. 特別障害者手当所得状況届			

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
55		障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別		●		別に加えて帳票右欄の金額も印字すること
56		雑損控除		●		雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛け金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額（左右の円のうち右欄）を印字すること（2つまでとし、3つ以上ある場合は「※審査」欄に印字すること）
57		医療費控除		●		
58		小規模企業共済等掛け金控除		●		
59		配偶者特別控除		●		
69		特定親族特別控除		●		
60		肉用牛売却による農業所得の免除		●		
61		社会保険料相当額		●		
62		控除後の所得額		●		
63	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「上記のとおり相違ありません。なお、所得状況届提出にあたり、課税台帳等により私及び受給資格者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。」
64	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
65	※審査		●			雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛け金控除、配偶者特別控除、特定親族特別控除、肉用牛売却による農業所得の免除について控除がある場合は、控除がある項目名及び金額を印字すること（3つ以上ある場合に印字すること）
66	自由記載 2		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

窓空宛名

第 年 月 日

号

手 当 名 所得状況届督促通知書

福祉事務所長



あなたの **手 当 名** については、下記の理由により、支給差止しましたので通知します。下記の提出期限までに **固定文言1 + 編集 1** を提出してください。

記

受 給 者 氏 名	
受 給 者 住 所	
支 給 差 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 差 止 の 期 間	から
提 出 期 限	
備 考 固定文言 2	固定文言 3 + 編集 2

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。

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (18)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220079
帳票名称	18. 所得状況届督促通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	支給差止の期間		●			和暦表記 “から”の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定 パラメタなどにより初期設定が行えること
12	提出期限		●			和暦表記 パラメタなどにより初期設定が行えること
13	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言 3＋編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
15	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
16	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
17		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
18		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
19		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
20		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式第（１）（２）（３）号

（表 面）

(都道府県名)		〇 〇 〇 〇 〇 手 当 受 給 者 台 帳										
(実施機関名)		〔 認 定 年 月 日 年 月 日 〕 〔 支 給 開 始 年 月 年 月 〕					整理番号					
							個人番号					
氏 名	(フリガナ)		住 所				支 払 方 法 () 地			公的給付支給 等口座		
										有・無		
	(フリガナ)									公的給付支給 等口座		
										有・無		
(変更)		(変更)			(変更)							
障 害 名							障 害 の 程 度					
手 当 額	月 額	改 定 年 月	所 得 状 況	年 次	届 出 の 有 無	所得制限該当・非該当別	支 給 停 止 期 間					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
	円	・ ・		年	有 ・ 無	該 ・ 非 (災)	年 月 から 年 月 まで					
受 給 資 格 喪 失 年 月 日		年 月 日		受 給 資 格 喪 失 事 由								
備 考	固定文言1＋編集1				配 偶 者				個人番号			
					扶養義務者 (続 柄)		()		個人番号		同 居 別 居	

帳票詳細要件 (19)

業務		帳票ID	
05. 国制度手当		0220080	
帳票名称		19. 受給者台帳（表面）	

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	都道府県名		●			
3	実施機関名	市町村名	●			市区町村名を印字する。ただし、管理場所が登録されている場合は市区町村名＋管理場所を印字する。 例）指定都市において、管理場所に△△区が登録されている場合は、“○○市△△区”と印字する。
4	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	認定年月日		●			和暦表記
6	支給開始年月		●			和暦表記
7	整理番号		●			認定番号を印字する
8	個人番号				●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。（以降の個人番号も同様。）
9	受給資格者	フリガナ	●			
10		氏名	●			
11		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
12	支払方法	金融機関名	●			
13		支店名	●			
14		口座種別	●			
15		口座番号・記号番号	●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号○○○○○○ 番号○○○○○○○○○のように印字すること
16		口座名義人カナ	●			半角カナ表記
17		公的給付支給等口座	●			公的給付支給等口座有無の内容（有もしくは無）を印字すること
18	障害名		●			手帳に表示する障害名と同じ
19	障害の程度		●			認定基準コードの入力内容を印字すること 複数の場合は「、」で繋げる
20	手当額①	月額	●			
21		改定年月	●			短縮表記
22	手当額②	月額	●			
23		改定年月	●			短縮表記
24	・・・		●			
25	手当額⑩	月額	●			
26		改定年月	●			短縮表記
27	所得状況①	年次	●			
28		届出の有無	●			打ち出し形式 （例1）有、（例2）無
29		所得制限該当・非該当別	●			打ち出し形式 （例1）該、（例2）非
30		支給停止期間 開始月	●			
31		支給停止期間 終了月	●			
32	所得状況②	年次	●			
33		届出の有無	●			打ち出し形式 （例1）有、（例2）無
34		所得制限該当・非該当別	●			打ち出し形式 （例1）該、（例2）非
35		支給停止期間 開始月	●			
36		支給停止期間 終了月	●			
37	・・・		●			
38	所得状況⑩	年次	●			
39		届出の有無	●			打ち出し形式 （例1）有、（例2）無
40		所得制限該当・非該当別	●			打ち出し形式 （例1）該、（例2）非
41		支給停止期間 開始月	●			
42		支給停止期間 終了月	●			
43	受給資格喪失年月日		●			
44	受給資格喪失理由		●			
45	備考 （固定文言 1＋編集 1）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目1：「電話番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「電話番号：」、後付加文言：（空白） 印字すべき管理項目2：「生年月日」、印字有無：「有」、前付加文言：「生年月日：」、後付加文言：（空白） となっている場合は、次のとおり印字する。 電話番号：123-4567-8901 生年月日：令和4年10月1日
46	配偶者		●			
47	配偶者の個人番号				●	
48	扶養義務者		●			
49	扶養義務者続柄		●			本人から見た続柄を印字（住基の続柄ではない）
50	扶養義務者の個人番号				●	
51	同居・別居		●			打ち出し形式 （例1）同居、（例2）別居
52	※手当額又は所得状況が11件以上の場合は改ページすること					

(裏 面)

氏 名						整 理 番 号													
手 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	
年	支 払 額	円		円		円		円		年	支 払 額	円		円		円		円	
	支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・		支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	
年	支 払 額	円		円		円		円		年	支 払 額	円		円		円		円	
	支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・		支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	
年	支 払 額	円		円		円		円		年	支 払 額	円		円		円		円	
	支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・		支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	
年	支 払 額	円		円		円		円		年	支 払 額	円		円		円		円	
	支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・		支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	
年	支 払 額	円		円		円		円		年	支 払 額	円		円		円		円	
	支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	・		支 払 済 年 月 日	・	・	・	・	・	・	・	

帳票詳細要件 (20)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220081
帳票名称	20. 受給者台帳（裏面）		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	受給資格者	氏名	●			
2		整理番号	●			認定番号を印字
3	手当支払記録①	支払年	●			和暦表記
4	(5月)	支払額	●			
5		支払済年月日	●			短縮表記
6	(8月)	支払額	●			
7		支払済年月日	●			短縮表記
8	(11月)	支払額	●			
9		支払済年月日	●			短縮表記
10	(2月)	支払額	●			
11		支払済年月日	●			短縮表記
12	手当支払記録②	支払年	●			和暦表記
13	(5月)	支払額	●			
14		支払済年月日	●			短縮表記
15	(8月)	支払額	●			
16		支払済年月日	●			短縮表記
17	(11月)	支払額	●			
18		支払済年月日	●			短縮表記
19	(2月)	支払額	●			
20		支払済年月日	●			短縮表記
21	・ ・ ・		●			
22	手当支払記録⑩	支払年	●			和暦表記
23	(5月)	支払額	●			
24		支払済年月日	●			短縮表記
25	(8月)	支払額	●			
26		支払済年月日	●			短縮表記
27	(11月)	支払額	●			
28		支払済年月日	●			短縮表記
29	(2月)	支払額	●			
30		支払済年月日	●			短縮表記
31	※手当支払記録が11年以上の場合は改ページすること					

窓空宛名

第
年

月

号
日

手 当 名

被災非該当通知書

福祉事務所長

印

申請日

付けで被災状況書の提出がありましたが、下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。

記

受給者氏名	
受給者住所	
被災状況非 該当の理由	
備 考	固定文言 1 + 編集 1

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（都道府県がした処分については都道府県）を被告として（訴訟において市町村（都道府県）を代表する者は市町村長（都道府県知事）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。

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12日から9月11日の間に所定の書類により所得状況届を提出してください。

自由記載 1

（お問合せ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件（21）

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220082
帳票名称	21. 被災非該当通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	申請日		●			和暦表記
9	受給者氏名		●			
10	受給者住所		●			住所＋全角スペース＋方書
11	被災状況非該当の理由		●			
12	備考 （固定文言 1＋編集 1）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）。 認定番号：123456
13	教示文		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること
14	手当名		●			
15	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
16	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
17		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
18		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
19		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
20		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

窓空宛名

第 号
年 月 日

手 当 名 支払通知書

福祉事務所長 印

下記のとおり ご指定の預金口座に固定文言1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 固定文言 2		固定文言 3 + 編集 1

自由記載 1

(お問合せ先)
●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxxxx@yyy. zzz. aaa

帳票詳細要件 (22)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220083
帳票名称	22. 支払通知書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	宛名		●			障害者福祉共通「02窓空き宛名」と同じ
3	文書番号		●			
4	発行日		●			和暦表記
5	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
6	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
7	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	受取人氏名		●			
10	金融機関名		●			
11	支店名		●			
12	口座種別		●			
13	口座番号		●			マスクする桁数をパラメタなどにより設定でき、アスタリスクを印字 記号番号の場合は、記号○○○○○○ 番号○○○○○○○○○のように印字すること
14	口座名義人カナ		●			半角カナ表記
15	振込年月日		●			和暦表記
16	振込額		●			
17	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	固定文言 3 + 編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
19	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
20	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
21		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
22		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
23		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
24		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

帳票詳細要件 (23)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220084
帳票名称	23. 支出内訳書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
4	依頼日		●			和暦表記
5	依頼元		●			
6	支払指定日		●			和暦表記
7	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
8	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	支払先①	No	●			通し番号
10		受給者名	●			
11		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
12		支払金額	●			
13		編集 1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
14	支払先②	No	●			
15		受給者名	●			
16		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
17		支払金額	●			
18		編集 1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
19	...					
20	支払先N	No	●			
21		受給者名	●			
22		受給者住所	●			住所＋全角スペース＋方書
23		支払金額	●			
24		編集 1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：(空白)。 認定番号：123456
25	小計口数		●			全角数値表記
26	小計支払金額		●			
27	合計口数		●			全角数値表記
28	合計支払金額		●			
29	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

No	振込先金融機関名	預金種目	口座番号	口座名義人	振込金額（円）	備考 固定文言 2
						編集 1
		小 計	口数		振込金額	
		合 計	口数		振込金額	

帳票詳細要件 (24)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220085
帳票名称	24. 口座振込依頼書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	ページ番号		●			現在のページ数/総ページ数
4	依頼先金融機関名		●			
5	依頼先金融機関支店名		●			
6	依頼日		●			和暦表記
7	依頼元		●			
8	振込指定日		●			和暦表記
9	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
10	備考 (固定文言 2)		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	振込先①	No	●			通し番号
12		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
13		預金種目	●			
14		口座番号	●			
15		口座名義人	●			半角カナ表記
16		振込金額	●			
17		手数料			●	<実装不可とした理由> 事務処理上必須項目ではないことを踏まえ、実装不可としました。印字不要な項目のため、帳票レイアウトからは印字項目を削除した。(以降の手数料も同様。)
18		編集 1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：空白、後付加文言：(空白) 。 123456
19	振込先②	No	●			通し番号
20		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
21		預金種目	●			
22		口座番号	●			
23		口座名義人	●			半角カナ表記
24		振込金額	●			
25		手数料			●	
26		編集 1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：空白、後付加文言：(空白) 。 123456
27	...					
28	振込先N	No	●			通し番号
29		振込先金融機関名	●			金融機関名＋全角スペース＋支店名
30		預金種目	●			
31		口座番号	●			
32		口座名義人	●			半角カナ表記
33		振込金額	●			
34		手数料			●	
35		編集 1	●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること 例) 印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：空白、後付加文言：(空白) 。 123456
36	小計口数		●			全角数値表記
37	小計振込金額		●			
38	合計口数		●			全角数値表記
39	合計振込金額		●			
40	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする					

様式番号

転出元市町村

第号

年月日

手当名受給者台帳の送付依頼について

福祉事務所長 印

このことについて、下記の者が 年 月 日付けをもって貴管内から転出し

本市にて手当名の申請がありましたので、貴管内での支給を記録した受給者台帳の

送付を依頼します。

記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
旧 住 所			
新 住 所			
備 考 固定文言 1	固定文言 2 + 編集 1		
自由記載 1			

(お問合せ先)

●●市福祉部障害福祉課

住所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890

メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

帳票詳細要件 (25)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220086
帳票名称	25. 受給者台帳の送付依頼について		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	送付先	郵便番号		●		障害者福祉共通の機能ID：0220216（全国自治体情報を利用した印字）のとおりに印字すること
3		住所		●		
4		方書		●		
5		自治体名		●		
6		カスタマバーコード		●		
7	文書番号		●			
8	発行日		●			和暦表記
9	通知名（タイトル）		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
10	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
11	電子公印		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
12	ご案内文章		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
13	異動年月日		●			転出日 和暦表記
14	カナ氏名		●			
15	氏名		●			
16	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
17	旧住所		●			転入前住所 住所＋全角スペース＋方書
18	新住所		●			現住所 住所＋全角スペース＋方書
19	備考 （固定文言1）		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	固定文言2＋編集1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例）印字すべき管理項目：「認定番号」、印字有無：「有」、前付加文言：「認定番号：」、後付加文言：（空白）。 認定番号：123456
21	自由記載1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする
22	問合せ先	担当部署名	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
23		住所	●			郵便番号＋全角スペース＋住所
24		電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
25		FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること 印字しない場合は先頭の「FAX番号」を印字しないこと
26		メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること 印字しない場合は先頭の「メール」を印字しないこと

様式第一号(第二条関係)

(表 面)

												※受付 年 月 日					
障 害 児 福 祉 手 当 認 定 請 求 書																	
認定を受けようとする者	① (フリガナ) 氏 名																
	② 生年月日		年 月 日								満 歳						
	③ 住 所		〒														
	④ 個人番号																
他制度の適用状況	⑤ 障害基礎年金・特別児童扶養手当等の受給状況		1 受給している 2 支給停止されている 3 申請中 4 受給していない } 年金等の種類 (証書記号番号 (														
	固定文言 1 ⑥ 身体障害者手帳の所有状況		1 あり { 番 号(等 級(固定文言 2 + 編集 1 級) 障害名(} 2 なし														
⑦ 施設への入所状況			1 入所している(固定文言 3) 2 入所していない														
⑧ そ の 他			固定文言 4														
⑨ 支払希望金融機関			受取口座		☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 固定文言 5 ☐ 以下の口座を振込先とする。												
			銀行 信用金庫 ()		本店 支店 出張所		普通 当座 ()		口座番号								
			ゆうちょ銀行		記号						番号						
			口座名義人カナ														
誓約事項		☐ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。															
関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。 固定文言 6																	
年 月 日 氏 名 殿 電話番号																	
※認定 却下		年 月 日 (支給開始 年 月 日)		※備考		編集 2											

◎裏面の注意をよく読んでから記入してください。
かい
◎字は楷書ではつきり書いてください。 **固定文言 7**
◎※の欄は記入しないでください。 (A列4番)

(裏 面)

注意

- ⑤の欄は、障害基礎年金、特別児童扶養手当等の制度による障害を支給事由とする年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。

なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に具体的に記入してください。

固定文言 8

- ⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。

- ⑦の欄は、障害児入所施設等の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。

なお、入所しているときは、()内に施設の種類を記入してください。

自由記載 1

帳票詳細要件 (26)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220087
帳票名称	26. 障害児福祉手当認定請求書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	認定を受けようとする者	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6		年齢	●			
7		郵便番号	●			郵便番号
8		住所	●			
9		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
10	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	固定文言 2 + 編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	固定文言 4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言 5		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	固定文言 6		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「関係書類を添えて、障害児福祉手当の受給資格の認定を請求します。なお、認定請求書提出にあたり、課税台帳等により扶養義務者及び受給者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。」
16	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
17	編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
18	固定文言 7		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	固定文言 8		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

(表 面)

※受付 年 月 日

特別障害者手当認定請求書

認定を受けようとする者	① (フリガナ) 氏 名															
	② 生年月日	年 月 日						満 歳								
	③ 住 所	〒														
	④ 個人番号															
他制度の適用状況	⑤ 障害基礎年金・老齢年金・遺族年金等の受給状況	1 受給している			2 支給停止されている			3 申請中			4 受給していない			年金等の種類 () 証書記号番号 () 年金等の種類 () 証書記号番号 ()		
	⑥ 固定文言 1 身体障害者手帳の所有状況	1 あり { 番 号 () 等 級 (固定文言 2 + 編集 1 級) 障害名 () } 2 なし														
	⑦ 施設への入所状況	1 入所している (固定文言 3) 2 入所していない														
⑧ 病院等への入院状況	1 入院している (年 固定文言 4 から) 2 入院していない															
⑨ そ の 他	固定文言 5															
⑨ 支払希望金融機関	受取口座	☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータルで公金受取口座の登録をしておく必要があります。 固定文言 6 ☐ 以下の口座を振込先とする。														
		銀 行 信用金庫 ()	本店 支店 出張所			普通 当座 ()			口座番号							
		ゆうちょ銀行	記号						番号							
		口座名義人カナ														
誓約事項	☐ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。															
関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。 固定文言 7																
年 月 日																
氏 名 電話番号																
※認定 却下	年 (支給開始	月 年	日 月)	※備考	編集 2											

◎※の欄は記入しないでください。

固定文言 8

(裏 面)

注意

- ⑤の欄は、障害年金、老齢年金、遺族年金等他制度による公的年金等の受給状況について、該当するものを○で囲んでください。
 なお、1から3までのいずれかに該当するときは、()内に「公的年金等」から該当する記号を記入し、その年金の種類(障害基礎年金、福祉手当、老齢年金、遺族年金等)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。
- ⑥の欄は、身体障害者手帳の所持の有無について、該当するものを○で囲んでください。
 なお、手帳を持っているときは、()内にその内容を記入してください。
- ⑦の欄は、障害者支援施設、特別養護老人ホーム等の施設に入所しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。
 なお、入所しているときは、()内に施設の種類の記入してください。
- ⑧の欄は、病院又は診療所に入院しているかどうかについて、該当するものを○で囲んでください。
 なお、入院しているときは、()内に入院した年月日を記入してください。

公的年金等

イ	福祉手当
ロ	国民年金
ハ	厚生年金保険の年金
ニ	船員保険の年金
ホ	恩給
ヘ	国家公務員共済組合の年金
ト	条例による地方公務員の年金
チ	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
リ	日本私立学校振興・共済事業団の年金
ス	農林漁業団体職員共済組合の年金
ル	国会議員互助年金
ヲ	日本製鉄八幡共済組合の年金
ワ	執行官の恩給
カ	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共済組合連合会が支給する年金
ヨ	戦傷病者、戦没者遺族の年金又は給与金
タ	未帰還者の留守家族手当
レ	労働者災害補償制度の年金
ソ	国家公務員災害補償制度の年金
ツ	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
ネ	地方公務員災害補償制度の年金
ナ	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律に基づく介護手当

固定文言 9

自由記載 1

帳票詳細要件 (27)

業務		05. 国制度手当		帳票ID	0220088	
帳票名称		27. 特別障害者手当認定請求書				
通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	認定を受けようとする者	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5		生年月日	●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6		年齢	●			
7		郵便番号	●			郵便番号
8		住所	●			
9		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
10	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	固定文言 2 + 編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	固定文言 4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
14	固定文言 5		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
15	固定文言 6		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
16	固定文言 7		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。 例「関係書類を添えて、特別障害者手当の受給資格の認定を請求します。なお、認定請求書提出にあたり、課税台帳等により扶養義務者及び受給者とその配偶者の所得状況の確認を受けることに同意します。」
17	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
18	編集 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	固定文言 8		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	固定文言 9		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
21	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

				変更年月日				年 月 日					
特別障害者手当・障害児福祉手当・経過の福祉手当 住所・氏名・支払方法変更届													
(フリガナ) 受給者の氏名													
個人番号													
受給者	住 所	変更前	〒										
		変更後	〒										
	氏 名	変更前											
		変更後											
配扶 偶養 者義 また は者	住 所	変更前	〒 □受給者に同じ										
		変更後	〒 □受給者に同じ										
	氏 名	変更前											
		変更後											
支払希望 金融機関	変更前		銀 行 信用金庫 ()	本店 支店 出張所		普通 当座 ()	口座番号						
			ゆうちょ銀行		記号								
			口座名義人カナ										
			公金受取口座		有 ・ 無								
	変更後	受取 口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要 があります。 □ 以下の口座を振込先とする。										
			銀 行 信用金庫 ()	本店 支店 出張所		普通 当座 ()	口座番号						
			ゆうちょ銀行		記号								
			口座名義人カナ										
	誓約事項		□ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。										
	上記のとおり、変更を届け出ます。 固定文言 2												
年 月 日													
氏 名 電話番号													
自由記載 1													

帳票詳細要件 (28)

業務		05. 国制度手当		帳票ID	0220089	
帳票名称		28. 記載事項変更届				
通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	変更年月日			●		和暦表記 変更日を印字する
3	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
4	受給資格者の氏名	フリガナ	●			
5		氏名	●			
6	個人番号				●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
7	受給者	郵便番号（変更前）		●		郵便番号
8		住所（変更前）		●		住所＋全角スペース＋方書
9		氏名（変更前）		●		受給資格者の氏名
10	支払希望金融機関	変更前金融機関名		●		
11		変更前支店名		●		
12		変更前口座種別		●		
13		変更前口座番号		●		
14		変更前うちよ記号		●		
15		変更前うちよ番号		●		
16		変更前口座名義人カナ		●		半角カナ表記
17		変更前公的給付支給等口座		●		公的給付支給等口座有無の内容（有もしくは無）を印字すること
18	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
19	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
20	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
21	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式第8号

(表 面)

障害児福祉手当
特別障害者手当 資 格 喪 失 届
(福 祉 手 当)

(フリガナ) 受給者の氏名												
受給者の住所	〒											
受給者の 個人番号												
受給資格がなくな った理由	1 障害年金等を受けるよ 固定文言1 (種類)											
	2 施設に入所した (種類)											
	3 病院・診療所に3か月以上継続して入院するに至った。											
	4 障害の程度が法施行令第1条に掲げる障害の状態に該当しな くなった。											
	5 その他()											
上記の理由が発 生した日	年 月 日											

上記のとおり、
障害児福祉手当
特別障害者手当
経過的福祉手当

固定文言2
を受ける資格がなくなりましたので届け出ます。

年 月 日

氏 名

殿

電話番号

◎ 裏面の注意をよく読んでから記入してください。記名押印に代えて署名することができます。

固定文言3

(A列4番)

(裏 面)
固定文言 4

- 1 「受給資格がなくなった理由」の欄は、該当する番号を○で囲むとともに（ ）内にその内容を具体的に記入してください。
- 2 受給者が死亡したときは、この届ではなく、戸籍の届出をしなければならない人々に、受給者の死亡届を出してもらうことになります。

自由記載 1

帳票詳細要件 (29)

業務		05. 国制度手当		帳票ID	0220090	
帳票名称		29. 資格喪失届				
通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	受給者の氏名	フリガナ	●			
4		氏名	●			
5	受給者の住所	郵便番号	●			郵便番号
6		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
7		個人番号			●	システムからの印字は無し（実装不可）とするが、レイアウト上枠を設けること。
8	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
9	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
10	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
11	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	固定文言 4		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

障害児福祉手当
特別障害者手当 未支給手当請求書
経過福祉手当

死亡者	氏名																
	住所	〒															
	死亡年月日	年 月 日															
請求届出者又は者	氏名																
	住所	〒 □死亡者に同じ															
	死亡者との続柄					電話番号											
未支給期間		年 月 分から 年 月 分まで															
未支給金額		円															
支払希望金融機関		銀行 信用金庫 ()		本店 支店 出張所				普通 当座 ()		口座番号							
		ゆうちょ銀行		記号						番号							
		口座名義人カナ															
上記のとおり、受給資格者が死亡したため、固定文言1。 上記の者の死亡に伴い、未支給手当の支給を請求します。 年 月 日 氏 名 殿 電話番号																	
※受付年月日																	
※審査	未支給期間 ~															担当印	
	未支給金額 円															担当印	

※ 欄は記入しないでください。

固定文言2

自由記載1

帳票詳細要件 (30)

業務	05. 国制度手当	帳票ID	0220091
帳票名称	30. 未支払手当請求書		

通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	死亡者	氏名	●			
4		郵便番号	●			郵便番号
5		住所	●			住所＋全角スペース＋方書
6		死亡年月日	●			和暦表記
7	未支給期間	開始年月	●			和暦表記
8		終了年月	●			和暦表記
9	未支給金額		●			
10	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
12	固定文言 2		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
13	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする

様式番号

			※受付 年 月 日	
手 当 名 障害状態再審査（診断）請求書				
認定を受けようとする者	①（フリガナ）氏 名			
	② 生年月日	年 月 日	満 歳	
	③ 住 所	〒		
	④ 身体障害者手帳の 番号及び障害等級 固定文言 1			
	⑤ 障 害 名	(再認定の時期)		
備考	固定文言 2 + 編集 1			
誓約事項 ☐ 上記について公簿等で確認できない場合や審査の結果必要となった場合には、関係書類を提出します。				
関係書類を添えて、上記のとおり、届け出します。固定文言 3				
年 月 日 氏 名 電話番号				
殿				
※認定 却下	年 月 日 (支給開始 年 月)	※備考	編集 2	
自由記載 1				

帳票詳細要件 (31)

業務		05. 国制度手当		帳票ID	0220092	
帳票名称		31. 障害状態再審査（診断）請求書				
通番	システム印字項目		実装項目			印字編集条件など
			必須	オプション	不可	
1	様式番号		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	タイトル		●			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	フリガナ		●			
4	氏名		●			
5	生年月日		●			日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6	年齢		●			
7	郵便番号		●			郵便番号
8	住所		●			住所＋全角スペース＋方書
9	固定文言 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
10	固定文言 2＋編集 1		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
11	固定文言 3		●			文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字すること。
12	福祉事務所長		●			パラメタなどにより初期設定が行えること 福祉事務所名＋全角スペース＋福祉事務所長名での印字も可とする
13	編集 2		●			印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は印字すること。
14	自由記載 1		●			利用者が自由に利用できる「自由記載」領域とする。