

				※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		(ふりがな)						個人番号			
		氏名									
		住所									
② 配偶者		(ふりがな)				個人番号		住所			
		氏名									
③ 扶養義務者		(ふりがな)				個人番号		住所			
		氏名									
		(受給資格者との続柄)									
④ 令和 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、㉞70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数、㉟特定扶養親族の数、㊱16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））				人 (㉞ 人) (㉟ 人) (㊱ 人)		人 ( 人)		人 ( 人)			
⑨ 所得額				円	※ ㉞ 円	円	※ ㉟ 円	円	※ ㊱ 円	円	※ ㊲ 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	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	人	円
	⑫ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労者学生の別			寡・ひとり・勤	円	障・特障・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	円	
	⑬			円	円	円	円	円	円	円	
				円	円	円	円	円	円	円	
⑭ 社会保険料等相当額			円	円		円		円		円	
⑮ 控除後の所得額				円		円		円			
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。 令和 年 月 日 殿 氏名											
※ 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。

		※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		(ふりがな)				個人番号					
		氏 名									
		住 所									
② 配偶者		氏 名		個人番号				住 所			
③ 扶養義務者		氏 名		個人番号				住 所			
		(受給資格者との続柄)									
④ 令和				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、㉞70歳以上の同一生計配偶者及び老人 扶養親族の合計数、㉟特定扶養親族の数、㊱16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））				人		人		人			
				(㉞) 人		( 人)		( 人)			
				(㉟) 人		( 人)		( 人)			
				(㊱) 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	
控    除		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	
		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	
		⑬ 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・勤		円	
		⑭		円		円		円		円	
				円		円		円		円	
⑮ 社会保険料等相当額		円		円				円			
⑯ 控除後の所得額				円		円		円		円	
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。											
令和 年 月 日											
氏 名											
殿											
※(注) 審査		⑨欄の記入要領				公的年金等の収入金額		A		円 ※ 円	
1 裏面の公的年金等を受給していない人は、都道府県民税に係わる前年（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。		(種類 ・ ) (種類 ・ )				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			
		雑所得以外のすべての所得額				F		円 円			
		所得額（B+C-D+E+F）				G		円 円			

31

氏 名		手 当 支 払 記 録										整 理 番 号					
区	分	5	月	8	月	11	月	2	月	5	月	8	月	11	月	2	月
年	支 払 額		円		円		円		円		円		円		円		円
	支 払 済 年 月 日	・	・			・	・			・	・			・	・		・
年	支 払 額		円		円		円		円		円		円		円		円
	支 払 済 年 月 日	・	・			・	・			・	・			・	・		・
年	支 払 額		円		円		円		円		円		円		円		円
	支 払 済 年 月 日	・	・			・	・			・	・			・	・		・
年	支 払 額		円		円		円		円		円		円		円		円
	支 払 済 年 月 日	・	・			・	・			・	・			・	・		・
年	支 払 額		円		円		円		円		円		円		円		円
	支 払 済 年 月 日	・	・			・	・			・	・			・	・		・
年	支 払 額		円		円		円		円		円		円		円		円
	支 払 済 年 月 日	・	・			・	・			・	・			・	・		・

窓空宛名
------

第 号  
令和 年 月 日

●●●●●手当支払通知書

福祉事務所長 印

下記のとおり ご指定の預金口座に振込手続きをしましたので、通知します。

記

受 取 人 氏 名		
振 込 情 報	金 融 機 関 名	
	支 店 名	
	口 座 種 別	
	口 座 番 号	
	口座名義人カナ	
	振 込 年 月 日	
	振 込 額	
備 考		

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111

## 支出内訳書

1 / 1 頁

依頼日 令和      年      月      日

依頼元	支払 指定日		検印	係印	照査

支払指定日に、下記の通りお支払下さい

No	認定番号	受給者名	受給者住所	支給対象期間	支払金額	振込先情報	備考
		小 計	口数		支払金額		
		合 計	口数		支払金額		

口座振込依頼書

1 / 1 頁

御中

依頼日 令和 年 月 日

依賴元

課

振込  
指定日

検印

係印

照查

振込指定日に、下記の通りお支払下さい

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
		小 計	口座数		振込金額	
		合 計	口座数		振込金額	





## 障害支援区分認定通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日  
市町村長 印

申請日 付けの支給申請に基づき、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第21条の規定により、下記のとおり障害支援区分の認定を行ったので通知します。

## 記

氏 名		認定年月日	
-----	--	-------	--

障 害 支 援 区 分	①区分 ( ) ②非該当
	理由
障害支援区分の認定の有効期間	
<p>(留意事項)</p> <p>1 上記の障害支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。</p> <p>2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。</p> <p>3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。</p>	

## 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に 都道府県名 知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に 市町村名1 を被告として(訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

## (お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課  
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3  
電 話 番 号 987-6543-2111

却下決定通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日

市町村長 印

申請日 に申請のありました((介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)の支給)(及び)(利用者負担額減額・免除等)については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に 都道府県名 知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に 市町村名 1 を被告として(訴訟において 市町村名 1 を代表する者は 市町村長 となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。)でなければ提起することができないこととされています。
  - (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(お問い合わせ先)

● ● 市 福 祉 部 障 害 福 祉 課

住 所 123-4567 ● ● 市 ● ● 1 - 2 - 3

電 話 番 号 987-6543-2111

介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更決定通知書兼  
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日  
市町村長 印

申請日 に申請のありました（(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) の支給変更）（及び）  
（利用者負担額減額・免除等の変更）について、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第22条（及び）第29条）（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第34条）の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受 給 者 証 番 号																		支給決定障害者 (保護者) 氏 名	
変 更 年 月 日																		支給決定に係る 児 童 氏 名	
変 更 の 内 容	変更前																		
	変更後																		

受給者証を提出先市町村名 提出先名称 に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先 提出先市町村名 提出先名称 提出先住所 提出先電話番号

提出期限 提出期限日

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に都道府県名 知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に市町村名1 を被告として（訴訟において市町村名2 を代表する者は市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
- (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(お問い合わせ先)  
●●市福祉部障害福祉課  
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3  
電 話 番 号 987-6543-2111

## 障害支援区分変更認定通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日  
市町村長 印

申請日 付けの（支給申請 支給決定の変更申請）に基づき（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第21条 第24条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

## 記

受 給 者 証 号										支給決定障害者氏名	
認 定 年 月 日											

障 害 支 援 区 分	変更前	①区分（                      ）    ②非該当
	変更後	①区分（                      ）    ②非該当
	理由	
障害支援区分の 認定の有効期間		
<div>(留意事項)</div> <div>1    変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（の変更）を行います。</div> <div>2    認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。</div> <div>3    認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。</div>		

## 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に都道府県名 知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に市町村名1 を被告として（訴訟において市町村名2 を代表する者は市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問い合わせ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111

(一)				(二)				(三)			
障害福祉サービス受給者証				介護給付費の支給決定内容				サービス種別			
受給者証番号				障害支援区分				支給量等			
居住地				認定有効期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		支給決定期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	
フリガナ				サービス種別				サービス種別			
氏名				支給量等				支給量等			
生年月日		年 月 日		支給決定期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		支給決定期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	
フリガナ				サービス種別				サービス種別			
氏名				支給量等				支給量等			
生年月日				支給決定期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		支給決定期間			
障害種別				サービス種別				サービス種別			
交付年月日		令和 年 月 日		支給量等				支給量等			
支給市町村名及び印				支給決定期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで		支給決定期間			
				予備欄							

(四)			(五)			(六)		
訓練等給付費の支給決定内容			計画相談支援給付費の支給内容			利用者負担に関する事項		
障害支援区分			支給期間		令和 年 月 から 令和 年 月 まで	負担上限 月額		
認定有効期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	指定特定相談支援事業所名			適用期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
サービス種別			モニタリング期間			食事提供体制加算対象者		
支給量等						適用期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで
支給決定期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	予備欄			利用者負担上限額管理対象者該当の有無		
サービス種別						利用者負担上限額管理事業所名		
支給量等			特定障害者特別給付費の支給内容					
			施設入所支援					
支給額		円／日				特記事項欄		
適用期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						
共同生活援助又は重度障害者等包括支援								
支給額		円／月						
適用期間		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで						
予備欄						予備欄		

(七)										(八)																													
訪問系サービス事業者記入欄										訪問系サービス事業者記入欄																													
番号	事業者及びその事業所の名称					事業者確認印					番号	事業者及びその事業所の名称					事業者確認印																						
1	サービス内容					事業者確認印					4	サービス内容					事業者確認印																						
	契約支給量					時間分						契約支給量					時間分																						
	日					月 年 日						日					月 年 日																						
	当該契約支給量による					日						当該契約支給量による					日																						
	サービス提供終了日					日						サービス提供終了日					日																						
事業者及びその事業所の名称										事業者確認印										事業者及びその事業所の名称										事業者確認印									
2	サービス内容					事業者確認印					5	サービス内容					事業者確認印																						
	契約支給量					時間分						契約支給量					時間分																						
	日					月 年 日						日					月 年 日																						
	当該契約支給量による					日						当該契約支給量による					日																						
	サービス提供終了日					日						サービス提供終了日					日																						
事業者及びその事業所の名称										事業者確認印										事業者及びその事業所の名称										事業者確認印									
3	サービス内容					事業者確認印					6	サービス内容					事業者確認印																						
	契約支給量					時間分						契約支給量					時間分																						
	日					月 年 日						日					月 年 日																						
	当該契約支給量による					日						当該契約支給量による					日																						
	サービス提供終了日					日						サービス提供終了日					日																						
事業者及びその事業所の名称										事業者確認印										事業者及びその事業所の名称										事業者確認印									

(九)

短期入所事業者実績記入欄					事業者 確認印
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	
1		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
2		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
3		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
4		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
5		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
6		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
7		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
8		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
9		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
10		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
11		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			
12		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで			

(十)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援事業者記入欄					事業者確認印
番号	事業者及びその事業所の名称	サービス内容	日数	月累計	
1		サービス内容 契約支給量(／月) 日 日 日 当該契約支給量による サービス提供終了日 サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日		
2		サービス内容 契約支給量(／月) 日 日 日 当該契約支給量による サービス提供終了日 サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日		
3		サービス内容 契約支給量(／月) 日 日 日 当該契約支給量による サービス提供終了日 サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	令和 年 月 日 令和 年 月 日 令和 年 月 日		

(十一)

療養介護・共同生活援助・ 施設入所支援事業者記入欄					事業者 確認印
番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日	入所(居)日 退所(居)日	入所(居)日 退所(居)日	
1		令和 年 月 日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
2		令和 年 月 日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	令和 年 月 日 令和 年 月 日	
予備欄					



(十二)				(十三)				(十四)			
就労定着支援・自立生活援助 事業者記入欄				注意事項欄				注意事項欄			
番号	事業者及びその 事業所の名称	利用開始日 利用終了日	事業者 確認印	1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。 2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。 3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。 5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定します。ので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。				7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。(サービスの種類によっては、障害支援区分の(変更)認定を受ける必要があります。) 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。 10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。 11 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。 13 支給決定の内容内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。			
1		契約日 令和 年 月 日 サービス提供終了日 令和 年 月 日									
2		契約日 令和 年 月 日 サービス提供終了日 令和 年 月 日									
予備欄											

(一)				(二)				(三)							
地域相談支援受給者証				地域相談支援給付費の給付決定内容				一般相談支援事業者記載欄							
受給者証番号				地域相談支援の種類				提供する地域相談支援の種類		事業者及びその事業所の名称		契約日 サービス提供終了日		事業者 確認印	
居住地				地域相談支援 給付量等				地域相談支援				契約日 平成 年 月 日			
フリガナ				地域相談支援給付 決定期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		地域相談支援給付 決定期間				サービス提供終了日 平成 年 月 日			
氏名				地域相談支援 の種類				地域相談支援				契約日 平成 年 月 日			
生年月日		年 月 日		地域相談支援 給付量等				地域相談支援給付 決定期間				サービス提供終了日 平成 年 月 日			
障害種別				地域相談支援給付 決定期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		予備欄							
交付年月日		平成 年 月 日													
支給市町村名 及び印															

(四)

計画相談支援給付費の支給内容				
支給期間	平成	年	月から平成	年
月まで				
指定特定相談支援事業所名				
モニタリング期間				
予備欄				

(五)

注意事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
- 3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。
- 4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
- 5 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。  
また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。  
また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
- 7 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 8 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。

(様式第13号)

療養介護医療受給者証												
公費負担者番号												
公費受給者番号												
支給決定障害者	居住地											
	フリガナ											
	氏名											
	被保険者証の記号及び番号											
負担上限月額	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）	月額				円						
	食事療養（生活療養）	月額				円						
適用期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	まで		
交付年月日	年 月 日											
支給市町村名及び印												

注意事項欄

1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。

2 療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。

3 療養介護医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。（※医療型個別賦免等の認定を受けた場合には賦免後の額が表示されます。）

4 療養介護医療の負担上限月額は毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。

5 療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。

6 この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。

7 支給決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。

また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。

8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。

また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。

9 受給者の資格がなくなったり、直ちに、この証を市町村に返してください。

10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。

## 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日

市町村長 印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項・児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

## 記

障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
通所受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る 児童氏名	
支給の可否			
支給する	支給期間	令和 年 月 ～ 令和 年 月	
	モニタリング 期間		
支給しない	支給しない 理由		

## 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に 市町村名 1 に対し審査請求をすることができます。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、市町村名2 を被告として(訴訟において 市町村名3 を代表する者は 市町村長 となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111



(様式第 2 0 号)

モニタリング期間変更通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日  
市町村長 

継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

記

障害福祉サービス 受 給 者 証 番 号		地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号	
通所受給者証番号			
変更に係る障害者 ( 保 護 者 )		変 更 に 係 る 児 童 氏 名	
変 更 後 の モニタリング期間			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証の提出期限 及び提出先	提出先：  提出期限：令和 年 月		

(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

障害児通所給付費支給決定通知書兼  
利用者負担額減額・免除等決定通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日

市町村長 印

申請日に申請のありました障害児通所給付費の支給（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

## 記

受給者証番号		通所給付決定 保護者氏名	
給付決定年月日		給付決定に係る 障害児氏名	
負担上限月額	円	左の上限月額の 適用期間	
多子軽減対象		無償化対象期間	
給付決定内容	通所支援の種類	支給量	有効期間

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療 （食事療養を除く）の 負担上限月額	月額 円		
	上限額の 適用期間			

## 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に 都道府県名1 知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、都道府県名2 知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に 市町村名1 を被告として（訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

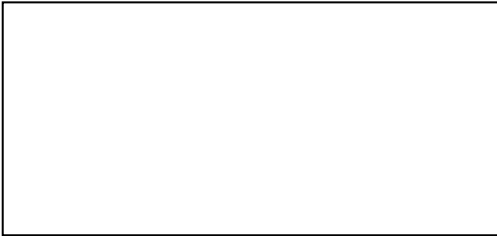
（お問い合わせ先）

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111





却下決定通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日

市町村長 印

申請日 に申請のありました障害児通所給付費の支給及び（利用者負担額減額・免除等）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、都道府県名 知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に 市町村名 1 を被告として（訴訟において 市町村名 2 を代表する者は 市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

（お問い合わせ先）

●●市福祉部障害福祉課  
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3  
電 話 番 号 987-6543-2111



(様式第 7 号)

障害児通所給付費支給変更決定通知書兼  
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

文 書 番 号  
令和 年 月 日  
市町村長 印

申請日に申請のありました（障害児通所給付費の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、児童福祉法第 21 条の 5 の 3 及び第 21 条の 5 の 8 の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記			
受給者証番号		支給決定障害者（保護者）氏名	
変更年月日		支給決定に係る障害児氏名	
変更の内容	変更前		
	変更後		

受給者証を提出先市町村名 提出先名称 に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先 提出先市町村名 提出先名称 提出先住所 提出先電話番号  
提出期限 提出期限

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 60 日以内に 都道府県名 1 知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、 都道府県名 2 知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に 市町村名 1 を被告として（訴訟において 市町村名 2 を代表する者は 市町村長 となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日から 3 か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

（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

(様式第9号)

(一)		通所受給者証	
		受給者証番号	
通所給付決定保護者	居住地		
	フリガナ 氏名		
	生年月日	年	月 日
	フリガナ 氏名		
	生年月日	年	月 日
児童	交付年月日	令和 年 月 日	

(二)		障害児通所給付費の給付決定内容	
		支援の種類	
		支給量等	
		給付決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
		支援の種類	
		支給量等	
		給付決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
		特記事項欄	
		予備欄	

(三)		障害児通所給付費の給付決定内容	
		支援の種類	
		支給量等	
		給付決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
		支援の種類	
		支給量等	
		給付決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
		特記事項欄	
		予備欄	

(四)		(五)		(六)	
障害児相談支援給付費の支給内容		利用者負担に関する事項		障害児通所支援事業者記入欄	
支給期間	令和 年 月から令和 年 月まで	負担上限 月額		事業者及びその 事業所の名称	
指定相談支援事業所名		適用期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	支援の内容 支 援 約 給 量	
モニタリング期間		食事提供加算対象者		事業者確認印	
予備欄		適用期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	契約支 給 量	
		利用者負担上限額管理対象者該当の有無		事業所確認印	
		利用者負担上限額管理事業所名		事業所確認印	
		特記事項欄		事業所確認印	
		予備欄		事業所確認印	

1		2		3	
事業者及びその 事業所の名称		事業者及びその 事業所の名称		事業者及びその 事業所の名称	
支援の内容 支 援 約 給 量		支援の内容 支 援 約 給 量		支援の内容 支 援 約 給 量	
契約支 給 量		契約支 給 量		契約支 給 量	
当該契約支給量による 支 援 提 供 終 了 日		当該契約支給量による 支 援 提 供 終 了 日		当該契約支給量による 支 援 提 供 終 了 日	
支援提供終了月中の 終了日までの既提供量		支援提供終了月中の 終了日までの既提供量		支援提供終了月中の 終了日までの既提供量	
事業者確認印		事業者確認印		事業者確認印	

番号

障害児通所支援事業者記入欄

事業者及びその事業所の名称

支援の内容

支 給 量

支 給 日

支 給 月

支 給 年

支 給 日

事業所確認印

4

当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日

令和 年 月 日  
令和 年 月 日  
令和 年 月 日  
令和 年 月 日

事業所確認印  
事業所確認印  
事業所確認印  
事業所確認印

事業者及びその事業所の名称

支援の内容

支 給 量

支 給 日

支 給 月

支 給 年

支 給 日

事業所確認印

5

当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日

令和 年 月 日  
令和 年 月 日  
令和 年 月 日  
令和 年 月 日

事業所確認印  
事業所確認印  
事業所確認印  
事業所確認印

事業者及びその事業所の名称

支援の内容

支 給 量

支 給 日

支 給 月

支 給 年

支 給 日

事業所確認印

6

当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日  
当該契約支給量による  
支援提供終了日

令和 年 月 日  
令和 年 月 日  
令和 年 月 日  
令和 年 月 日

事業所確認印  
事業所確認印  
事業所確認印  
事業所確認印

(七)

障害児通所支援事業者記入欄

(八)

注意事項欄

1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。  
2 指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。  
3 医療型児童発達支援を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。  
4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています)。なお、基準該当通所支援を受ける場合は市町村の窓口にお問い合わせください。  
5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。  
6 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

(九)

注意事項欄

7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。  
8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。  
9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。  
10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。  
また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。  
11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。  
12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰される場合があります。  
13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。