

(別紙5)

帳票レイアウト

帳票レイアウト

障害者福祉

大項目	帳票タイトル
1. 障害者福祉共通	01. 宛名シール 02. 宛名印刷 03. (参考) 封筒レイアウト
2. 身体障害者手帳	01. 身体障害者更生指導台帳 02. 身体障害者更生指導台帳 (指導記録) 03. 身体障害者更生指導台帳 (更生医療) 04. 身体障害者更生指導台帳 (育成医療) 05. 身体障害者更生指導台帳 (補装具) 06. 身体障害者更生指導台帳 (日常生活用具) 07. 身体障害者更生指導台帳の送付について
3. 療育手帳	01. 知的障害者更生指導台帳 02. 知的障害者更生指導台帳 (指導記録) 03. 知的障害者更生指導台帳の送付について 04. 交付申請者一覧 (進達)
4. 精神障害者保健福祉手帳	01. 交付申請者一覧 (進達)
5. 国制度手当	01. 認定通知書 02. 認定請求却下通知書 03. 再認定通知書 04. 支給停止通知書 05. 支給停止解除通知書 06. 一時差止通知書 07. 一時差止解除通知書 08. 資格喪失通知書 09. 診断書の提出について 10. 所得状況届の提出に関するご案内 12-1. 所得状況届 (表面) 障害児福祉手当・経過的福祉手当 12-2. 所得状況届 (表面) 特別障害者手当 13-1. 受給者台帳 (表面) 13-2. 受給者台帳 (裏面) 14. 支払通知書 15. 支払内訳書 16. 口座振込依頼書
6. 障害福祉サービス等 (受給者管理)	01. (介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費) 支給 (給付) 決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書 02. 障害支援区分認定通知書 03. 却下決定通知書 04. (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 05. 障害支援区分変更認定通知書 06. 障害福祉サービス受給者証 07. 地域相談支援受給者証 08. 療養介護医療受給者証 09. 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 10. モニタリング期間変更通知書 11. 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 12. 却下決定通知書 13. 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 14. 通所受給者証 15. 肢体不自由児通所医療受給者証 16. 支給 (給付) 決定取消通知書 17. 支給決定取消通知書 18. 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

7. 障害福祉サービス等（給付管理）	なし
8. 自立支援医療（更生医療）	ー 01-1. 自立支援医療受給者証（更生医療） ー 01-2. 自立支援医療受給者証（更生医療）（裏面） ー 02. 判定依頼書 ー 03. 調査書 ー 04. 認定決定通知書 ー 05. 却下通知書
9. 自立支援医療（育成医療）	ー 01-1. 自立支援医療受給者証（育成医療） ー 01-2. 自立支援医療受給者証（育成医療）（裏面） ー 02. 認定決定通知書 ー 03. 却下通知書
10. 自立支援医療（精神通院医療）	ー 01. 進達リスト
11. 補装具	ー 01. 調査書 ー 02. 判定依頼書 ー 03. 判定通知書 ー 04. 補装具費支給決定通知書 ー 05. 支給券（様式第8（1）号） ー 06. 支給券（様式第8（2）号） ー 07. 支給券（様式第8（3）号） ー 08. 却下決定通知書 ー 09. 代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状 ー 10. 補装具費支給決定のお知らせ（事業者向け）
12. 特別児童扶養手当	なし

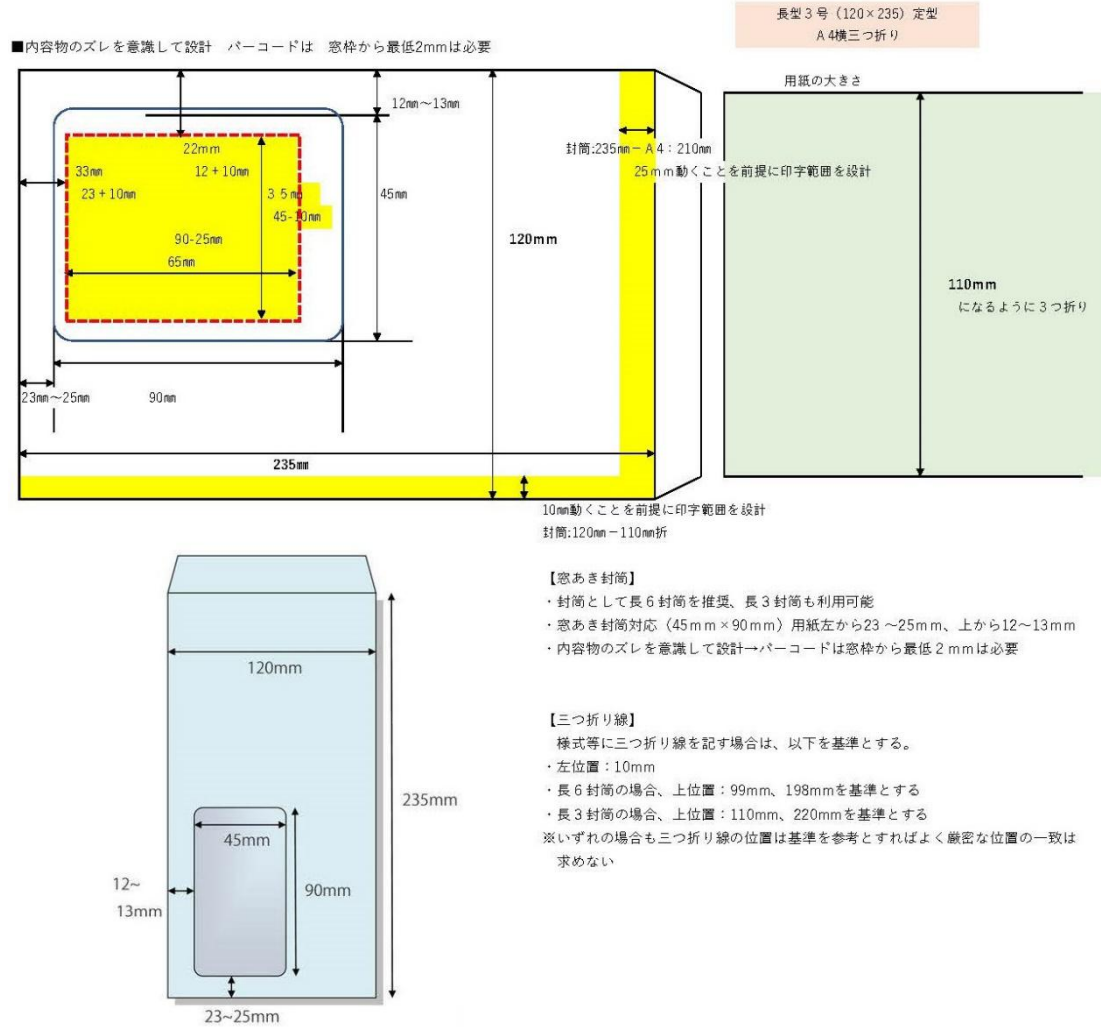
9 9 9 - 9 9 9 9
●●市●●1 - 2 - 3
あいうえおかきくけこ

■ ■ 太郎 様
(■ ■ 次郎 様分)
|||||

対象者が本人ではない場合（送付先、保護者等の場合）、対象者氏名も印字すること

(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



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		・帳票項目定義にて実装不可とした項目は、帳票レイアウトに表示していません（本籍、性別、職業）。 ・実装オプションの項目は青色としています。
	氏 名		住 所		
保護者	氏 名		本人との続柄		
初回交付年月日			再交付年月日		
総合等級			障害種別		
	障害部位	部位等級	部位認定日	再認定年月	障害内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
障害名					
家 族 状 況	氏 名		本人との続柄		生年月日

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

自立支援医療（更生医療）

[illegible]

自立支援医療（育成医療）

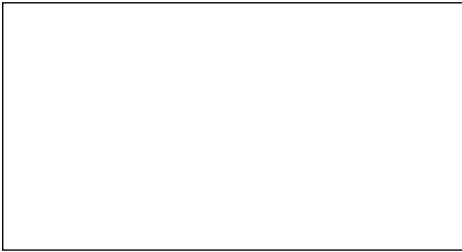
[illegible]

補装具

[illegible]

日常生活用具

[illegible]



第 号
令和 年 月 日

身体障害者更生指導記録票の送付について

〇〇市（町村）長 印

このことについて、下記のもの 令和 年 月 日 付けをもって貴管内に転出の旨通知がありましたので別紙関係書類を送付します。

記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
手帳番号			
障 害 名			
旧 住 所			
新 住 所			
備 考			

（お問い合わせ先）

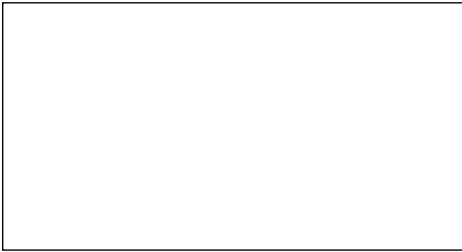
●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111

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	
保護者	氏 名		住 所	
	本人との 続柄			
初回交付年月日			再交付年月日	
再判定年月			旅客運賃割引	
障害程度			IQ	
家 族 状 況	氏 名		本人との続柄	生年月日

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



第 号
令和 年 月 日

知的障害者更生指導記録票の送付について

〇〇市（町村）長 印

このことについて、下記のもの 令和 年 月 日 付けをもって貴管内に転出の旨通知がありましたので別紙関係書類を送付します。

記

カナ氏名		生年月日	
氏 名			
手帳番号			
障害程度			
旧 住 所			
新 住 所			
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

[illegible]

令和 1/1 日

1/1

[illegible]

窓空宛名

●●●●●手当認定通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
支給手当月額		支払開始年月	から
支払場所			
有期認定有無		有期認定年月	

申請日 付けで申請のありました サービス名 手当の受給資格については、上記のとおり認定しましたので通知します。

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

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名 1 を被告として(訴訟において 市町村名 2 を代表する者は 市町村長 となります。)、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

第 号
令和 年 月 日

福祉事務所長 印

(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

窓空宛名

●●●●●●手当認定請求却下通知書

氏 名	
住 所	
却下した理由	

申請日 付けで サービス名 手当の認定請求がありましたが、上記のとおり却下しましたので通知します。

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

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して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、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

第 号

令和 年 月 日

福祉事務所長 印

(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

窓空宛名

●●●●●●手当 再認定通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
支給手当月額		支払開始年月	から
支払場所			
有期認定有無		有期認定年月	

有期認定の標記手当について、障害程度について審査したところ、上記のとおり継続支給することに認定しましたので通知します。

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

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として(訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。)、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

第 号

令和 年 月 日

福祉事務所長 印

(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

窓空宛名

●●●●●●手当一時差止通知書

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
一 時 差 止 の 理 由			
一 時 差 止 開 始 年 月			

あなたの サービス名 手当については、上記のとおり、一時差止しましたので通知します。

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

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として(訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。)、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

第 号

令和 年 月 日

福祉事務所長 印

(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

窓空宛名

●●●●●●手当一時差止解除通知書

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
一時差止解除の理由			
一時差止解除年月			

あなたの サービス名 手当については、上記のとおり、一時差止解除しましたので通知します。

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

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として(訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。)、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

第 号

令和 年 月 日

福祉事務所長 印

(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

窓空宛名

●●●●●●手当資格喪失通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
受給資格がなくな った理由			
受給資格がなくな った日			

上記のとおり、サービス名 手当の受給資格がなくなりましたので通知します。

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

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村名1 を被告として(訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長 となります。)、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

第 号

令和 年 月 日

福祉事務所長 印

(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

窓空宛名

第 号
令和 年 月 日

●●●●●手当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条第1項の規定により、 診断書の提出期限の翌月 分から手当を受けることができなくなります。

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
提 出 書 類			
提出をする理由			

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3

電話番号 987-6543-2111

窓空宛名

第 号
令和 年 月 日

●●●●●●手当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 提出受付開始日 から 提出期限 までに、提出先 に提出してください。

なお、所得状況届の提出が提出期限内に提出されない場合には、該当年度の8月 分以降の支給が遅れる場合がありますので注意してください。

受 給 者 氏 名		認定番号	
受 給 者 住 所			
提 出 書 類			
提出をする理由			

(お問い合わせ先)

●●市福祉部障害福祉課

住 所 123-4567 ●●市●● 1 - 2 - 3

電話番号 987-6543-2111