

肢体不自由児通所医療受給者証									
公費負担者番号									
公費受給者番号									
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							
	被保険者証の 記号及び番号					保険者名 及び番号			
負担上限月額	肢体不自由児通所医療 (食事療養を除く)		月額		円				
適用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日								
交付年月日	令和 年 月 日								
支給市町村名 及び印									

注意事項欄

- この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。
- 医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。
- 肢体不自由児通所医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。
- 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
- 医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の給付決定期間を経過したときは、肢体不自由児通所医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給の再申請をしてください。
- 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。
- 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に届け出てください。
- 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。
- 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。
- 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。

支給（給付）決定取消通知書

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25条第1項及び第51条の10第1項の規定により、下記のとおり支給（給付）決定を取り消しましたので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証 番 号		地域相談支援 受給者証 番 号	
支給(給付)決定障害者 (保護者)氏名		支給決定に係る 児 童 氏 名	
支 給 (給 付) 決 定 取 消 日			
取 消 理 由			

受給者証を返還先市町村名 返還先名称に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 返還先市町村名 返還先名称 返還先住所 返還先電話番号

返還期限 返還期限日

不服申立て及び取消訴訟

- 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



支給決定取消通知書

文 書 番 号
令和 年 月 日
市町村長 印

児童福祉法第 21 条の 5 の 9 第 1 項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消しましたので通知します。

記

受 給 者 証 番 号		給 付 決 定 保 護 者 氏 名	
支 給 決 定 取 消 日		給付決定に係る 児 童 氏 名	
取 消 理 由			

受給者証を返還先市町村名 返還先名称に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 返還先市町村名 返還先名称 返還先住所 返還先電話番号

返還期限 返還期限日

不服申立て及び取消訴訟

- 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。

（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

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書

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、下記のとおり決定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			
支給取消に係る 障害者（保護者）		支給取消に係る 児 童 名	
支給取消日	令和 年 月 日		
取消理由			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証提出先及び 提出期限	提出先： 提出期限：令和 年 月		

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 市町村長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1 を被告として（訴訟において 市町村名2 を代表する者は 市町村長2 となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して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

自立支援医療受給者証（更生医療）									
公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									
受 診 者	フリガナ							生年月日	
	氏 名							明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和 年 月 日	
	住 所								
	被保険者証の記号及び番号						保険者名		
	重度かつ継続	該 当 ・ 非該 当							
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所				所在地・ 電話番号				
	薬 局				所在地・ 電話番号				
	訪問看護事業者				所在地・ 電話番号				
自己負担上限額		月 額 円							
有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで							
上記のとおり認定する。 令和 年 月 日 〇〇市町村長 印									

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特定疾病療養受療証	有 ・ 無

※ 人口透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。

第 年 月 日 号

判 定 依 頼 書

身体障害者更生相談所長 様

市 町 村 長 印

下記の者に対する判定を依頼します。

身 体 障 害 者	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日			
	住 所			
身 体 障 害 者 手 帳			交 付 日	
	等 級		再 交 付 日	
障 害 名				
判 定 依 頼 事 項				
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

調 査 書

申請日	令和 年 月 日	身体障害者 手帳番号				
申請者 氏名及び 生年月日						
居住地						
世 帯 員 の 状 況	氏 名	年 齢	続 柄	市町村民税課税の 有 無	所得割額	備 考
				有（均等割・所得割）無		
				有（均等割・所得割）無		
				有（均等割・所得割）無		
				有（均等割・所得割）無		
				有（均等割・所得割）無		
				有（均等割・所得割）無		
				有（均等割・所得割）無		
所得区分				収 入 額	円	
				所 得 割 額	円	
負担上限額				重度かつ継続		
その他参考と すべき意見等						
上記のとおり確認しました。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">調査者</div>						

窓空宛名

第 年 月 日 号

自立支援医療（更生医療）支給認定決定通知書

（申請者） 様

市 町 村 長 印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受 給 者 番 号		認 定 日	
有 効 期 間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬 局			
訪問看護事業者			
利用者負担上限額			
(注意事項) 医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。			

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、●●●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、●●市を被告として（訴訟において●●市を代表する者は●●市長となります。）、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 年 月 日 号

通 知 書

(申請者) 様

市 町 村 長 印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 3 条第 1 項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他 ()

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 か月以内に〇〇〇〇都道府県知事・〇〇〇〇市町村長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、〇〇〇〇都道府県・〇〇〇〇市町村を被告として（訴訟において都道府県・市町村を代表する者は都道府県知事・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

自立支援医療受給者証（育成医療）									
公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									
受 診 者	フリガナ							生年月日	
	氏 名							明 治 大 正 昭 和 平 成 令 和 年 月 日	
	住 所								
	被保険者証の記号及び番号					保険者名			
	重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当							
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）		フリガナ						続柄	
		氏 名							
		住 所							
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所				所在地・ 電話番号				
	薬 局				所在地・ 電話番号				
	訪問看護事業者				所在地・ 電話番号				
自己負担上限額		月額 円							
有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで							
上記のとおり認定する。 令和 年 月 日 〇〇市町村長 印									

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	<p>補装具の有無</p> <p>理学療法の有無</p>
特定疾病療養受療証	有 ・ 無

※ 人口透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。