

(別紙 4)

帳票詳細要件

- ・ 黒字 : (類型 1) 実装必須 (実装すべき要件)
- ・ 赤字 (太字) : (類型 2) 実装不可 (実装しない要件)
- ・ 青字 (斜字) : (類型 3) 実装オプション (実装してもしなくても良い要件)
- ・ 緑字 (下線) : 必要性について疑義がある

帳票詳細要件

大項目	帳票名称		
障害者福祉	1. 障害者福祉共通		
	01. 宛名シール 02. 宛名印刷		
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）

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）	<ul style="list-style-type: none"> ト 01-1. 自立支援医療受給者証（更生医療） ト 01-2. 自立支援医療受給者証（更生医療）（裏面） ト 02. 判定依頼書 ト 03. 調査書 ト 04. 認定決定通知書 ↳ 05. 却下通知書
9. 自立支援医療（育成医療）	<ul style="list-style-type: none"> ト 01-1. 自立支援医療受給者証（育成医療） ト 01-2. 自立支援医療受給者証（育成医療）（裏面） ト 02. 認定決定通知書 ↳ 03. 却下通知書
10. 自立支援医療（精神通院医療）	<ul style="list-style-type: none"> ト 01. 進達リスト
11. 補装具	<ul style="list-style-type: none"> ト 01. 調査書 ト 02. 判定依頼書 ト 03. 判定通知書 ト 04. 補装具費支給決定通知書 ト 05. 支給券 ト 06. 却下決定通知書 ト 07. 代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状 ↳ 08. 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

仕様書案たたき台			
通番	表示項目 (システムからの印字項目)		備考 (表示条件など)
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”
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		カスタマバーコード	
7	2人目	郵便番号	
8		住所	
9		方書	
10		氏名	
11		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
12		カスタマバーコード	
13		...	
14	14人目	郵便番号	
15		住所	
16		方書	
17		氏名	
18		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
19		カスタマバーコード	
20	15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。

業務	01	障害者福祉共通	帳票名称	02	宛名印刷
----	----	---------	------	----	------

仕様書案たたき台		
通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	郵便番号	
2	住所	
3	方書	
4	氏名	氏名＋全角スペース＋” 様”
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	カスタマバーコード	

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	作成日	印刷した日
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	
4	障害者本人	カナ氏名
5		氏名
6		生年月日
7		住所
8	保護者	氏名
9		本人との続柄
10	本籍	
11	初回交付年月日	和暦表記
12	再交付年月日	和暦表記
13	総合等級	
14	障害種別	
15	障害部位①	
16	部位等級①	
17	部位認定日①	
18	再認定年月①	
19	障害内容①	
20	障害部位②	
21	部位等級②	
22	部位認定日②	
23	再認定年月②	
24	障害内容②	
25	障害部位③	
26	部位等級③	
27	部位認定日③	
28	再認定年月③	
29	障害内容③	
30	障害部位④	
31	部位等級④	
32	部位認定日④	
33	再認定年月④	
34	障害内容④	
35	障害部位⑤	
36	部位等級⑤	
37	部位認定日⑤	
38	再認定年月⑤	
39	障害内容⑤	
40	障害部位⑥	
41	部位等級⑥	
42	部位認定日⑥	
43	再認定年月⑥	
44	障害内容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	障害内容⑦	
50	障害部位⑧	
51	部位等級⑧	
52	部位認定日⑧	
53	再認定年月⑧	
54	障害内容⑧	
55	障害部位⑨	
56	部位等級⑨	
57	部位認定日⑨	
58	再認定年月⑨	
59	障害内容⑨	
60	障害部位⑩	
61	部位等級⑩	
62	部位認定日⑩	
63	再認定年月⑩	
64	障害内容⑩	

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
65	障害名	手帳に表示する障害名と同じ
66	家族状況①	氏名
67		性別
68		本人との続柄
69		職業
70		生年月日
71	家族状況②	氏名
72		性別
73		本人との続柄
74		職業
75		生年月日
76	家族状況③	氏名
77		性別
78		本人との続柄
79		職業
80		生年月日
81	家族状況④	氏名
82		性別
83		本人との続柄
84		職業
85		生年月日
86	家族状況⑤	氏名
87		性別
88		本人との続柄
89		職業
90		生年月日
91	家族状況⑥	氏名
92		性別
93		本人との続柄
94		職業
95		生年月日
96	家族状況⑦	氏名
97		性別
98		本人との続柄
99		職業
100		生年月日
101	家族状況⑧	氏名
102		性別
103		本人との続柄
104		職業
105		生年月日
106	家族状況⑨	氏名
107		性別
108		本人との続柄
109		職業
110		生年月日
111	家族状況⑩	氏名
112		性別
113		本人との続柄
114		職業
115		生年月日

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	障害者氏名（カナ）	全角表記
3	障害者氏名（漢字）	
4	住所	住所＋全角スペース＋方書
5	ケース履歴①	年月日 各サービスの給付年月日
6		サービス名称 上乘せ、横出しの各独自事業も含めた受給サービス名
7		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
8	ケース履歴②	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
9		サービス名
10		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
11	ケース履歴③	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
12		サービス名
13		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
14	ケース履歴④	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
15		サービス名
16		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
17	ケース履歴⑤	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
18		サービス名
19		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
20	ケース履歴⑥	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
21		サービス名
22		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
23	ケース履歴⑦	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
24		サービス名
25		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
26	ケース履歴⑧	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
27		サービス名
28		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
29	ケース履歴⑨	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
30		サービス名
31		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
32	ケース履歴⑩	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
33		サービス名
34		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
35	ケース履歴⑪	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
36		サービス名
37		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
38	ケース履歴⑫	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
39		サービス名
40		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
41	ケース履歴⑬	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
42		サービス名
43		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
44	ケース履歴⑭	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
45		サービス名
46		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
47	ケース履歴⑮	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
48	サービス名	
49	指導記録	受給者番号、有効期間、等級など
50	ケース履歴⑩ 年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
51	サービス名	
52	指導記録	受給者番号、有効期間、等級など
53	ケース履歴⑪ 年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
54	サービス名	
55	指導記録	受給者番号、有効期間、等級など
56	ケース履歴⑫ 年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
57	サービス名	
58	指導記録	受給者番号、有効期間、等級など
59	ケース履歴⑬ 年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
60	サービス名	
61	指導記録	受給者番号、有効期間、等級など
62	ケース履歴⑭ 年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
63	サービス名	
64	指導記録	受給者番号、有効期間、等級など
65	ページ番号	
66	※21サービス以上は2ページ以降に改ページする	

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	障害者氏名（カナ）	全角表記
3	障害者氏名（漢字）	
4	住所	住所＋全角スペース＋方書
5	支給履歴①	年月日 支給決定日
6		内容 医療の具体的方針、有効期間
7		負担上限月額 自己負担上限月額
8		医療機関名 指定医療機関
9	支給履歴②	年月日 支給決定日 和暦表記
10		内容 医療の具体的方針、有効期間
11		負担上限月額 自己負担上限月額
12		医療機関名 指定医療機関
13	支給履歴③	年月日 支給決定日 和暦表記
14		内容 医療の具体的方針、有効期間
15		負担上限月額 自己負担上限月額
16		医療機関名 指定医療機関
17	支給履歴④	年月日 支給決定日 和暦表記
18		内容 医療の具体的方針、有効期間
19		負担上限月額 自己負担上限月額
20		医療機関名 指定医療機関
21	支給履歴⑤	年月日 支給決定日 和暦表記
22		内容 医療の具体的方針、有効期間
23		負担上限月額 自己負担上限月額
24		医療機関名 指定医療機関
25	支給履歴⑥	年月日 支給決定日 和暦表記
26		内容 医療の具体的方針、有効期間
27		負担上限月額 自己負担上限月額
28		医療機関名 指定医療機関
29	支給履歴⑦	年月日 支給決定日 和暦表記
30		内容 医療の具体的方針、有効期間
31		負担上限月額 自己負担上限月額
32		医療機関名 指定医療機関
33	支給履歴⑧	年月日 支給決定日 和暦表記
34		内容 医療の具体的方針、有効期間
35		負担上限月額 自己負担上限月額
36		医療機関名 指定医療機関
37	支給履歴⑨	年月日 支給決定日 和暦表記
38		内容 医療の具体的方針、有効期間
39		負担上限月額 自己負担上限月額
40		医療機関名 指定医療機関
41	支給履歴⑩	年月日 支給決定日 和暦表記
42		内容 医療の具体的方針、有効期間
43		負担上限月額 自己負担上限月額
44		医療機関名 指定医療機関
45	支給履歴⑪	年月日 支給決定日 和暦表記
46		内容 医療の具体的方針、有効期間
47		負担上限月額 自己負担上限月額
48		医療機関名 指定医療機関
49	支給履歴⑫	年月日 支給決定日 和暦表記
50		内容 医療の具体的方針、有効期間
51		負担上限月額 自己負担上限月額

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
52		医療機関名	指定医療機関
53	支給履歴⑬	年月日	支給決定日 和暦表記
54		内容	医療の具体的方針、有効期間
55		負担上限月額	自己負担上限月額
56		医療機関名	指定医療機関
57	支給履歴⑭	年月日	支給決定日 和暦表記
58		内容	医療の具体的方針、有効期間
59		負担上限月額	自己負担上限月額
60		医療機関名	指定医療機関
61	支給履歴⑮	年月日	支給決定日 和暦表記
62		内容	医療の具体的方針、有効期間
63		負担上限月額	自己負担上限月額
64		医療機関名	指定医療機関
65	支給履歴⑯	年月日	支給決定日 和暦表記
66		内容	医療の具体的方針、有効期間
67		負担上限月額	自己負担上限月額
68		医療機関名	指定医療機関
69	支給履歴⑰	年月日	支給決定日 和暦表記
70		内容	医療の具体的方針、有効期間
71		負担上限月額	自己負担上限月額
72		医療機関名	指定医療機関
73	支給履歴⑱	年月日	支給決定日 和暦表記
74		内容	医療の具体的方針、有効期間
75		負担上限月額	自己負担上限月額
76		医療機関名	指定医療機関
77	支給履歴⑲	年月日	支給決定日 和暦表記
78		内容	医療の具体的方針、有効期間
79		負担上限月額	自己負担上限月額
80		医療機関名	指定医療機関
81	支給履歴⑳	年月日	支給決定日 和暦表記
82		内容	医療の具体的方針、有効期間
83		負担上限月額	自己負担上限月額
84		医療機関名	指定医療機関
85	ページ番号		
86	※21履歴以上は2ページ以降に改ページする		

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	障害者氏名（カナ）	全角表記
3	障害者氏名（漢字）	
4	住所	住所＋全角スペース＋方書
5	支給履歴①	年月日
6		内容
7		負担上限月額
8		医療機関名
9	支給履歴②	年月日
10		内容
11		負担上限月額
12		医療機関名
13	支給履歴③	年月日
14		内容
15		負担上限月額
16		医療機関名
17	支給履歴④	年月日
18		内容
19		負担上限月額
20		医療機関名
21	支給履歴⑤	年月日
22		内容
23		負担上限月額
24		医療機関名
25	支給履歴⑥	年月日
26		内容
27		負担上限月額
28		医療機関名
29	支給履歴⑦	年月日
30		内容
31		負担上限月額
32		医療機関名
33	支給履歴⑧	年月日
34		内容
35		負担上限月額
36		医療機関名
37	支給履歴⑨	年月日
38		内容
39		負担上限月額
40		医療機関名
41	支給履歴⑩	年月日
42		内容
43		負担上限月額
44		医療機関名
45	支給履歴⑪	年月日
46		内容
47		負担上限月額
48		医療機関名
49	支給履歴⑫	年月日
50		内容
51		負担上限月額
52		医療機関名
53	支給履歴⑬	年月日
54		内容
55		負担上限月額
56		医療機関名
57	支給履歴⑭	年月日
58		内容
59		負担上限月額
60		医療機関名
61	支給履歴⑮	年月日
62		内容
63		負担上限月額
64		医療機関名

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
65	支給履歴⑯	年月日	支給決定日
66		内容	医療の具体的方針、有効期間
67		負担上限月額	自己負担上限月額
68		医療機関名	指定医療機関
69	支給履歴⑰	年月日	支給決定日
70		内容	医療の具体的方針、有効期間
71		負担上限月額	自己負担上限月額
72		医療機関名	指定医療機関
73	支給履歴⑱	年月日	支給決定日
74		内容	医療の具体的方針、有効期間
75		負担上限月額	自己負担上限月額
76		医療機関名	指定医療機関
77	支給履歴⑲	年月日	支給決定日
78		内容	医療の具体的方針、有効期間
79		負担上限月額	自己負担上限月額
80		医療機関名	指定医療機関
81	支給履歴⑳	年月日	支給決定日
82		内容	医療の具体的方針、有効期間
83		負担上限月額	自己負担上限月額
84		医療機関名	指定医療機関
85	ページ番号		
86	※21履歴以上は2ページ以降に改ページする		

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	障害者氏名（カナ）	全角表記
3	障害者氏名（漢字）	
4	住所	住所＋全角スペース＋方書
5	支給履歴①	支給年月日
6		支給決定日
7		種目
8		補装具名
9		購・修・借
10		交付、修理、借受
11		公費負担額
12		本人負担額
13		取扱業者名
14		業者名
15	支給履歴②	支給年月日
16		支給決定日
17		和暦表記
18		種目
19		補装具名
20		購・修・借
21		交付、修理、借受
22		公費負担額
23		本人負担額
24		取扱業者名
25		業者名
26	支給履歴③	支給年月日
27		支給決定日
28		和暦表記
29		種目
30		補装具名
31		購・修・借
32		交付、修理、借受
33		公費負担額
34		本人負担額
35		取扱業者名
36		業者名
37	支給履歴④	支給年月日
38		支給決定日
39		和暦表記
40		種目
41		補装具名
42		購・修・借
43		交付、修理、借受
44		公費負担額
45		本人負担額
46		取扱業者名
47		業者名
48	支給履歴⑤	支給年月日
49		支給決定日
50		和暦表記
51		種目
52		補装具名
53		購・修・借
54		交付、修理、借受
55		公費負担額
56		本人負担額
57		取扱業者名
58		業者名
59	支給履歴⑥	支給年月日
60		支給決定日
61		和暦表記
62		種目
63		補装具名
64		購・修・借
65		交付、修理、借受
66		公費負担額
67		本人負担額
68		取扱業者名
69		業者名
70	支給履歴⑦	支給年月日
71		支給決定日
72		和暦表記
73		種目
74		補装具名
75		購・修・借
76		交付、修理、借受
77		公費負担額
78		本人負担額
79		取扱業者名
80		業者名
81	支給履歴⑧	支給年月日
82		支給決定日
83		和暦表記
84		種目
85		補装具名
86		購・修・借
87		交付、修理、借受
88		公費負担額
89		本人負担額
90		取扱業者名
91		業者名
92	支給履歴⑨	支給年月日
93		支給決定日
94		和暦表記

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
54	種目	補装具名
55	購・修・借	交付、修理、借受
56	公費負担額	
57	本人負担額	
58	取扱業者名	業者名
59	支給履歴⑩ 支給年月日	支給決定日 和暦表記
60	種目	補装具名
61	購・修・借	交付、修理、借受
62	公費負担額	
63	本人負担額	
64	取扱業者名	業者名
65	支給履歴⑪ 支給年月日	支給決定日 和暦表記
66	種目	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	支給履歴⑫ 支給年月日	支給決定日 和暦表記
72	種目	補装具名
73	購・修・借	交付、修理、借受
74	公費負担額	
75	本人負担額	
76	取扱業者名	業者名
77	支給履歴⑬ 支給年月日	支給決定日 和暦表記
78	種目	補装具名
79	購・修・借	交付、修理、借受
80	公費負担額	
81	本人負担額	
82	取扱業者名	業者名
83	支給履歴⑭ 支給年月日	支給決定日 和暦表記
84	種目	補装具名
85	購・修・借	交付、修理、借受
86	公費負担額	
87	本人負担額	
88	取扱業者名	業者名
89	支給履歴⑮ 支給年月日	支給決定日 和暦表記
90	種目	補装具名
91	購・修・借	交付、修理、借受
92	公費負担額	
93	本人負担額	
94	取扱業者名	業者名
95	ページ番号	
96	※16履歴以上は2ページ以降に改ページする	

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	障害者氏名（カナ）	全角表記
3	障害者氏名（漢字）	
4	住所	住所＋全角スペース＋方書
5	給付履歴①	支給年月日 支給決定日
6		種目 日常生活用具名
7		給・貸 給付、貸与
8		公費負担額
9		本人負担額
10		取扱業者名 業者名
11	給付履歴②	支給年月日 支給決定日 和暦日時
12		種目 日常生活用具名
13		給・貸 給付、貸与
14		公費負担額
15		本人負担額
16		取扱業者名 業者名
17	給付履歴③	支給年月日 支給決定日 和暦日時
18		種目 日常生活用具名
19		給・貸 給付、貸与
20		公費負担額
21		本人負担額
22		取扱業者名 業者名
23	給付履歴④	支給年月日 支給決定日 和暦日時
24		種目 日常生活用具名
25		給・貸 給付、貸与
26		公費負担額
27		本人負担額
28		取扱業者名 業者名
29	給付履歴⑤	支給年月日 支給決定日 和暦日時
30		種目 日常生活用具名
31		給・貸 給付、貸与
32		公費負担額
33		本人負担額
34		取扱業者名 業者名
35	給付履歴⑥	支給年月日 支給決定日 和暦日時
36		種目 日常生活用具名
37		給・貸 給付、貸与
38		公費負担額
39		本人負担額
40		取扱業者名 業者名
41	給付履歴⑦	支給年月日 支給決定日 和暦日時
42		種目 日常生活用具名
43		給・貸 給付、貸与
44		公費負担額
45		本人負担額
46		取扱業者名 業者名
47	給付履歴⑧	支給年月日 支給決定日 和暦日時
48		種目 日常生活用具名
49		給・貸 給付、貸与
50		公費負担額
51		本人負担額
52		取扱業者名 業者名
53	給付履歴⑨	支給年月日 支給決定日 和暦日時

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
54	種目	日常生活用具名
55	給・貸	給付、貸与
56	公費負担額	
57	本人負担額	
58	取扱業者名	業者名
59	給付履歴⑩ 支給年月日	支給決定日 和暦日時
60	種目	日常生活用具名
61	給・貸	給付、貸与
62	公費負担額	
63	本人負担額	
64	取扱業者名	業者名
65	給付履歴⑪ 支給年月日	支給決定日 和暦日時
66	種目	日常生活用具名
67	給・貸	給付、貸与
68	公費負担額	
69	本人負担額	
70	取扱業者名	業者名
71	給付履歴⑫ 支給年月日	支給決定日 和暦日時
72	種目	日常生活用具名
73	給・貸	給付、貸与
74	公費負担額	
75	本人負担額	
76	取扱業者名	業者名
77	給付履歴⑬ 支給年月日	支給決定日 和暦日時
78	種目	日常生活用具名
79	給・貸	給付、貸与
80	公費負担額	
81	本人負担額	
82	取扱業者名	業者名
83	給付履歴⑭ 支給年月日	支給決定日 和暦日時
84	種目	日常生活用具名
85	給・貸	給付、貸与
86	公費負担額	
87	本人負担額	
88	取扱業者名	業者名
89	給付履歴⑮ 支給年月日	支給決定日 和暦日時
90	種目	日常生活用具名
91	給・貸	給付、貸与
92	公費負担額	
93	本人負担額	
94	取扱業者名	業者名
95	ページ番号	
96	※16履歴以上は2ページ以降に改ページする	

業務	02	身体障害者手帳	帳票名称	07	身体障害者更生指導台帳の送付について
----	----	---------	------	----	--------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	文書番号		
2	発行日		和暦表記
3	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
4	発行者		福祉事務所長名または町村長名
5	電子公印		
6	ご案内文章		パラメタなどにより初期変更が行えること
7	異動年月日		転出日
8	カナ氏名		全角表記
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	手帳番号		都道府県第〇〇〇号
12	障害名		手帳に表示する障害名と同じ
13	旧住所		転出前住所 住所＋全角スペース＋方書
14	新住所		転出先住所 住所＋全角スペース＋方書
15	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	作成日	印刷した日
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	
4	障害者本人	カナ氏名
5		氏名
6		生年月日
7		住所
8	保護者	氏名
9		本人との続柄
10		住所
11	初回交付年月日	和暦表記
12	再交付年月日	和暦表記
13	再判定年月	和暦表記
14	旅客運賃割引	例「1種」
15	障害程度	例「A 1」
16	IQ	例「20」
17	家族状況①	氏名
18		性別
19		本人との続柄
20		職業
21		生年月日
22	家族状況②	氏名
23		性別
24		本人との続柄
25		職業
26		生年月日
27	家族状況③	氏名
28		性別
29		本人との続柄
30		職業
31		生年月日
32	家族状況④	氏名
33		性別
34		本人との続柄
35		職業
36		生年月日
37	家族状況⑤	氏名
38		性別
39		本人との続柄
40		職業
41		生年月日
42	家族状況⑥	氏名
43		性別
44		本人との続柄
45		職業
46		生年月日
47	家族状況⑦	氏名
48		性別
49		本人との続柄
50		職業
51		生年月日
52	家族状況⑧	氏名
53		性別
54		本人との続柄
55		職業
56		生年月日
57	家族状況⑨	氏名
58		性別
59		本人との続柄

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
60	職業	
61	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
62	家族状況⑩ 氏名	
63	性別	
64	本人との続柄	
65	職業	
66	生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	障害者氏名（カナ）	全角表記
3	障害者氏名（漢字）	
4	住所	住所＋全角スペース＋方書
5	ケース履歴①	年月日 各サービスの給付年月日
6		サービス名 上乘せ、横出しの各独自事業も含めた受給サービス名
7		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
8	ケース履歴②	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
9		サービス名
10		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
11	ケース履歴③	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
12		サービス名
13		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
14	ケース履歴④	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
15		サービス名
16		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
17	ケース履歴⑤	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
18		サービス名
19		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
20	ケース履歴⑥	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
21		サービス名
22		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
23	ケース履歴⑦	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
24		サービス名
25		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
26	ケース履歴⑧	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
27		サービス名
28		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
29	ケース履歴⑨	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
30		サービス名
31		指導記録 受給者番号、有効期間、等級など
32	ケース履歴⑩	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
33		サービス名
34		指導記録 受給者番号、有効期間、程度など
35	ケース履歴⑪	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
36		サービス名
37		指導記録 受給者番号、有効期間、程度など
38	ケース履歴⑫	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
39		サービス名
40		指導記録 受給者番号、有効期間、程度など
41	ケース履歴⑬	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
42		サービス名
43		指導記録 受給者番号、有効期間、程度など
44	ケース履歴⑭	年月日 各サービスの給付年月日 和暦表記
45		サービス名
46		指導記録 受給者番号、有効期間、程度など

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
47	ケース履歴⑮	年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
48		サービス名	
49		指導記録	受給者番号、有効期間、程度など
50	ケース履歴⑯	年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
51		サービス名	
52		指導記録	受給者番号、有効期間、程度など
53	ケース履歴⑰	年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
54		サービス名	
55		指導記録	受給者番号、有効期間、程度など
56	ケース履歴⑱	年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
57		サービス名	
58		指導記録	受給者番号、有効期間、程度など
59	ケース履歴⑲	年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
60		サービス名	
61		指導記録	受給者番号、有効期間、程度など
62	ケース履歴⑳	年月日	各サービスの給付年月日 和暦表記
63		サービス名	
64		指導記録	受給者番号、有効期間、程度など
65	ページ番号		
66	※21サービス以上は2ページ以降に改ページする		

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

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	文書番号		
2	発行日		和暦表記
3	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
4	発行者		児童相談所長名、又は知的障害者更生相談所長名、または町村長名 複数児童相談所の場合は、管轄児童相談所長名を自動印字
5	電子公印		
6	ご案内文章		パラメタなどにより初期変更が行えること
7	異動年月日		転出日
8	カナ氏名		全角表記
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	手帳番号		
12	障害程度		手帳に表示する程度と同じ
13	旧住所		転出前住所 住所＋全角スペース＋方書
14	新住所		転出先住所 住所＋全角スペース＋方書
15	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	帳票タイトル		
2	発行日		管理項目の進達日と同日となる日を印刷日に設定し、印字する
3	市区町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
4	1人目	No	通し番号
5		申請年月日	和暦表記
6		知的障害者（児）氏名	
7		保護者氏名（児童のみ）	
8		住所	
9		生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		申請・届出の種類	申請理由、変更理由、再交付理由、返還理由のいずれかで選択されている内容を印字する
11		希望手帳様式	
12		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
13	2人目	No	通し番号
14		申請年月日	和暦表記
15		知的障害者（児）氏名	
16		保護者氏名（児童のみ）	
17		住所	
18		生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
19		申請・届出の種類	申請理由、変更理由、再交付理由、返還理由のいずれかで選択されている内容を印字する
20		希望手帳様式	
21		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
22	. . .		
23	N人目	No	通し番号
24		申請年月日	和暦表記
25		知的障害者（児）氏名	
26		保護者氏名（児童のみ）	
27		住所	
28		生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
29		申請・届出の種類	申請理由、変更理由、再交付理由、返還理由のいずれかで選択されている内容を印字する
30		希望手帳様式	
31		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
32	ページ番号		〇/〇ページ
33	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする		

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	帳票タイトル		
2	発行日		管理項目の進達日と同日となる日を印刷日に設定し、印字する
3	市区町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
4	1人目	No	通し番号
5		申請年月日	和暦表記
6		精神障害者（児）氏名	
7		保護者氏名（児童のみ）	
8		住所	
9		生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		申請・届出の種類	申請理由、変更理由、再交付理由、返還理由のいずれかで選択
11		添付書類	
12		希望手帳様式	
13		手帳番号	
14		自立支援医療の[申請区分]	自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
15		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
16		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
17	2人目	No	通し番号
18		申請年月日	和暦表記
19		精神障害者（児）氏名	
20		保護者氏名（児童のみ）	
21		住所	
22		生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
23		申請・届出の種類	申請理由、変更理由、再交付理由、返還理由のいずれかで選択
24		添付書類	
25		希望手帳様式	
26		手帳番号	
27		自立支援医療の[申請区分]	自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
28		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
29		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
30	. . .		
31	N人目	No	通し番号
32		申請年月日	和暦表記
33		精神障害者（児）氏名	
34		保護者氏名（児童のみ）	
35		住所	
36		生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
37		申請・届出の種類	申請理由、変更理由、再交付理由、返還理由のいずれかで選択
38		添付書類	
39		希望手帳様式	
40		手帳番号	
41		自立支援医療の[申請区分]	自立支援医療（精神通院医療）の申請事由を印字する
42		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
43		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
44	ページ番号		○/○ページ
45	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする		
46			

業務	05	国3手当	帳票名称	01	認定通知書
----	----	------	------	----	-------

通番	表示項目 (システムからの印字項目)	備考 (表示条件など)
1	宛名	障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	受給者氏名	
4	認定番号	
5	受給者住所	住所+全角スペース+方書
6	支給手当月額	
7	支給開始年月	和暦表記
8	有期認定有無	
9	有期認定年月	
10	支払場所	銀行名
11		口座種別
12		銀行支店名
13		口座番号
14		障害者福祉共通 通番78 (下4桁を除きアスタリスクを印字) に 口座名義人カナ
15	申請日	和暦表記
16	サービス名	「特別障害者手当」もしくは「障害児福祉手当」
17	都道府県名	
18	市町村名1	
19	市町村名2	
20	市町村長	
21	文書番号	
22	発行日	和暦表記
23	市町村名	パラメタなどにより初期設定が行えること
24	市町村長名	パラメタなどにより初期設定が行えること
25	電子公印	
26	問い合わせ先	担当部署名 問い合わ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
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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	02	認定請求却下通知書
----	----	------	------	----	-----------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	氏名		
4	住所		住所+全角スペース+方書
5	却下した理由		
6	申請日		和暦表記
7	サービス名		「特別障害者手当」もしくは「障害児福祉手当」
8	都道府県名		
9	市町村名1		
10	市町村名2		
11	市町村長		
12	文書番号		
13	発行日		和暦表記
14	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
15	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
16	電子公印		
17	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	03	再認定通知書
----	----	------	------	----	--------

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	宛名	障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	受給者氏名	
4	認定番号	
5	受給者住所	住所+全角スペース+方書
6	支給手当月額	
7	支給開始年月	和暦表記
8	有期認定有無	
9	有期認定年月	和暦表記 "から"の文字は、帳票定義側での埋め込みを想定
10	支払場所	銀行名
11		口座種別
12		銀行支店名
13		口座番号 障害者福祉共通 通番78（下4桁を除きアスタリスクを印字）によること
14		口座名義人カナ
15	備考	
16	都道府県名	
17	市町村名1	
18	市町村名2	
19	市町村長	
20	文書番号	
21	発行日	和暦表記
22	市町村名	パラメタなどにより初期設定が行えること
23	市町村長名	パラメタなどにより初期設定が行えること
24	電子公印	
25	問い合わせ先	担当部署名 問い合わ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
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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	04	支給停止通知書
----	----	------	------	----	---------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	受給者氏名		
4	認定番号		
5	受給者住所		住所+全角スペース+方書
6	支給停止の理由		
7	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
8	サービス名		
9	都道府県名		
10	市町村名1		
11	市町村名2		
12	市町村長		
13	文書番号		
14	発行日		和暦表記
15	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
16	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
17	電子公印		
18	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	05	支給停止解除通知書
----	----	------	------	----	-----------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	受給者氏名		
4	認定番号		
5	受給者住所		住所+全角スペース+方書
6	支給停止解除の理由		
7	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
8	サービス名		
9	都道府県名		
10	市町村名1		
11	市町村名2		
12	市町村長		
13	文書番号		
14	発行日		和暦表記
15	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
16	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
17	電子公印		
18	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	06	一時差止通知書
----	----	------	------	----	---------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	受給者氏名		
4	認定番号		
5	受給者住所		住所+全角スペース+方書
6	一時差止の理由		
7	一時差止開始年月		和暦表記
8	サービス名		
9	都道府県名		
10	市町村名1		
11	市町村名2		
12	市町村長		
13	文書番号		
14	発行日		和暦表記
15	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
16	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
17	電子公印		
18	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	07	一時差止解除通知書
----	----	------	------	----	-----------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	受給者氏名		
4	認定番号		
5	受給者住所		住所+全角スペース+方書
6	一時差止解除の理由		
7	一時差止解除年月		和暦表記
8	サービス名		
9	都道府県名		
10	市町村名1		
11	市町村名2		
12	市町村長		
13	文書番号		
14	発行日		和暦表記
15	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
16	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
17	電子公印		
18	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	08	資格喪失通知書
----	----	------	------	----	---------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	受給者氏名		
4	認定番号		
5	受給者住所		住所+全角スペース+方書
6	受給資格がなくなった理由		
7	受給資格がなくなった日		
8	サービス名		
9	都道府県名		
10	市町村名1		
11	市町村名2		
12	市町村長		
13	文書番号		
14	発行日		和暦表記
15	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
16	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
17	電子公印		
18	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	09	診断書の提出について
----	----	------	------	----	------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	文書番号		
4	発行日		和暦表記
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	診断書の提出期限		和暦表記 有期認定年月を印字
9	提出先		
10	受給者氏名		
11	認定番号		
12	受給者住所		住所+全角スペース+方書
13	提出書類		
14	提出をする理由		
15	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	10	所得状況届の提出に関するご案内
----	----	------	------	----	-----------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	宛名	障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	文書番号	
4	発行日	和暦表記
5	市町村名	パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名	パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印	
8	提出受付開始日	
9	提出期限	和暦表記
10	提出先	
11	受給者氏名	
12	認定番号	
13	受給者住所	住所+全角スペース+方書
14	提出書類	
15	提出をする理由	
16	問い合わせ先	担当部署名 問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	12-1	所得状況届(表面) 障害児福祉手当・経過的福祉手当
----	----	------	------	------	------------------------------

通番	表示項目(システムからの印字項目)	備考(表示条件など)
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	認定番号	
3	受給資格者	氏名ふりがな
4		氏名
5		個人番号
6		住所
7	配偶者	氏名ふりがな
8		氏名
9		個人番号
10		住所
11	扶養義務者	氏名ふりがな
12		氏名
13		個人番号
14	受給資格者との続柄	
15		住所
16	所得年	
17		同一生計配偶者及び扶養親族の合計数
18		70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数
19		特定扶養親族数
20		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数
21		所得額
22		同一生計配偶者及び扶養親族数
23	受給資格者	特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数
24		寡婦・ひとり親・勤労学生の別
25		雑損控除
26		医療費控除
27		小規模企業共済等掛け金控除
28		配偶者特別控除
29		肉用牛売却による農協所得の免除
30		社会保険料相当額
31		控除後の所得額
32		同一生計配偶者及び扶養親族の合計数
33		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数
34		所得額
35		同一生計配偶者及び扶養親族数
36		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数
37	配偶者	障害者・特別障害者・勤労学生の別
38		雑損控除
39		医療費控除
40		小規模企業共済等掛け金控除
41		配偶者特別控除
42		肉用牛売却による農協所得の免除
43		社会保険料相当額
44		控除後の所得額
45		同一生計配偶者及び扶養親族の合計数
46		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数
47		所得額
48		同一生計配偶者及び扶養親族数
49		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数
50	扶養義務者	障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別
51		雑損控除

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
52	医療費控除	
53	小規模企業共済等掛け金控除	
54	配偶者特別控除	
55	肉用牛売却による農協所得の免除	
56	社会保険料相当額	
57	控除後の所得額	

業務	05	国3手当	帳票名称	12-2	所得状況届(表面) 特別障害者手当
----	----	------	------	------	----------------------

通番	表示項目(システムからの印字項目)	備考(表示条件など)
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	認定番号	
3	受給資格者	氏名ふりがな
4		氏名
5		個人番号
6		住所
7	配偶者	氏名ふりがな
8		氏名
9		個人番号
10		住所
11	扶養義務者	氏名ふりがな
12		氏名
13		個人番号
14	受給資格者との続柄	
15		住所
16	所得年	
17		同一生計配偶者及び扶養親族の合計数
18		70歳以上の同一生計配偶者及び老人扶養親族の合計数
19		特定扶養親族数
20		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数
21		受給資格者に係る所得額(欄外の記入要領参照)
22	受給資格者	同一生計配偶者及び扶養親族数
23		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数
24		寡婦・ひとり親・勤労学生の別
25		雑損控除
26		医療費控除
27		小規模企業共済等掛け金控除
28		配偶者特別控除
29		肉用牛売却による農協所得の免除
30		社会保険料相当額
31		控除後の所得額
32		
33		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数
34		配偶者・扶養義務者に係る所得額
35		同一生計配偶者及び扶養親族数
36		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数
37	配偶者	障害者・特別障害者・勤労学生の別
38		雑損控除
39		医療費控除
40		小規模企業共済等掛け金控除
41		配偶者特別控除
42		肉用牛売却による農協所得の免除
43		社会保険料相当額
44		控除後の所得額
45		同一生計配偶者及び扶養親族の合計数
46		16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族数
47		配偶者・扶養義務者に係る所得額
48		同一生計配偶者及び扶養親族数
49		特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数
50	扶養義務者	障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
51	雑損控除	
52	医療費控除	
53	小規模企業共済等掛け金控除	
54	配偶者特別控除	
55	肉用牛売却による農協所得の免除	
56	社会保険料相当額	
57	控除後の所得額	

業務	05	国3手当	帳票名称	13-1	受給者台帳（表面）
----	----	------	------	------	-----------

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	都道府県名	
2	実施機関名	市区町村名
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	認定年月日	和暦表記
5	支給開始年月	和暦表記
6	整理番号	認定番号を印字する
7	（受給資格者の）個人番号	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
8	（受給資格者の）電話番号	
9	受給資格者	氏名ふりがな
10		氏名
11		住所
12		住所＋全角スペース＋方書
13	支払方法	金融機関
14		口座番号
15		口座名義人カナ
16	障害名	
17	障害の程度	
18	手当額①	月額
19		改定年月
20	手当額②	月額
21		改定年月
22	...	
23	手当額⑩	月額
24		改定年月
25	所得状況①	年次
26		届出の有無
27		所得制限該当・非該当別
28		支給停止期間 開始月
29		支給停止期間 終了月
30	所得状況②	年次
31		届出の有無
32		所得制限該当・非該当別
33		支給停止期間 開始月
34		支給停止期間 終了月
35	...	
36	所得状況⑩	年次
37		届出の有無
38		所得制限該当・非該当別
39		支給停止期間 開始月
40		支給停止期間 終了月
41	受給資格喪失年月日	
42	受給資格喪失理由	
43	備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
44	配偶者	
45	配偶者の個人番号	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
46	扶養義務者	
47	扶養義務者続柄	本人から見た続柄を印字（住記の続柄ではない）
48	扶養義務者の個人番号	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
49	同居・別居	打ち出し形式（例1）同居、（例2）別居

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
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	半角英数字表記
6	(8月)	支払額	
7		支払済年月日	
8	(11月)	支払額	
9		支払済年月日	
10	(2月)	支払額	
11		支払済年月日	
12	手当支払記録②	支払年	
13	(5月)	支払額	
14		支払済年月日	
15	(8月)	支払額	
16		支払済年月日	
17	(11月)	支払額	
18		支払済年月日	
19	(2月)	支払額	
20		支払済年月日	
21	. . .		
22	手当支払記録⑩	支払年	
23	(5月)	支払額	
24		支払済年月日	
25	(8月)	支払額	
26		支払済年月日	
27	(11月)	支払額	
28		支払済年月日	
29	(2月)	支払額	
30		支払済年月日	

業務	05	国3手当	帳票名称	14	支払通知書
----	----	------	------	----	-------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	文書番号		
4	発行日		和暦表記
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	受取人氏名		
9	金融機関名		
10	支店名		
11	口座種別		
12	口座番号		障害者福祉共通 通番78（下4桁を除きアスタリスクを印字）によること
13	口座名義人カナ		半角カナ表記
14	振込年月日		和暦表記
15	振込額		
16	備考		印字項目ではないが、分かりやすいように記載
17	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	05	国3手当	帳票名称	15	支払内訳書
----	----	------	------	----	-------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	ページ番号		
3	依頼日		和暦表記
4	依頼元		
5	支払指定日		和暦表記
6	支払先①	No	通し番号
7		認定番号	
8		受給者名	
9		受給者住所	住所+全角スペース+方書
10		支給対象期間	
11		支払金額	
12		振込先情報	
13		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
14	支払先②	No	
15		認定番号	
16		対象者名	
17		受給者住所	住所+全角スペース+方書
18		支給対象期間	
19		支払金額	
20		振込先情報	
21		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
22	...		
23	支払先⑬	No	
24		認定番号	
25		対象者名	
26		受給者住所	住所+全角スペース+方書
27		支給対象期間	
28		支払金額	
29		振込先情報	
30		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
31	小計口数		全角数値表記
32	小計支払金額		
33	合計口数		全角数値表記
34	合計支払金額		

業務	05	国3手当	帳票名称	16	口座振込依頼書
----	----	------	------	----	---------

通番	表示項目 (システムからの印字項目)		備考 (表示条件など)
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	ページ番号		
3	依頼先金融機関名		
4	依頼先金融機関支店名		
5	依頼日		和暦表記
6	依頼元		
7	振込指定日		和暦表記
8	振込先①	No	通し番号
9		振込先金融機関名	金融機関名+全角スペース+支店名
10		預金種目	
11		口座番号	
12		口座名義人	半角カナ表記
13		振込金額	
14		手数料	
15		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
16	振込先②	No	通し番号
17		振込先金融機関名	金融機関名+全角スペース+支店名
18		預金種目	
19		口座番号	
20		口座名義人	半角カナ表記
21		振込金額	
22		手数料	
23		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
24	...		
25	振込先⑬	No	通し番号
26		振込先金融機関名	金融機関名+全角スペース+支店名
27		預金種目	
28		口座番号	
29		口座名義人	半角カナ表記
30		振込金額	
31		手数料	
32		備考	印字項目ではないが、分かりやすいように記載
33	小計口数		全角数値表記
34	小計支払金額		
35	合計口数		全角数値表記
36	合計支払金額		

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	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
----	----	------------------	------	----	--

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		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	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文	申請日	和暦表記
9	障害福祉サービス受給者証番号		
10	地域相談支援受給者証番号		
11	障害者（保護者）氏名		
12	児童氏名		
13	障害支援区分		
14	支給決定日		和暦表記
15	障害支援区分有効期間		和暦表記
16	支給（給付）決定内容	サービス種類 1	
17		サービス内容 1	
18		有効期間 1	和暦表記
19		サービス種類 2	
20		サービス内容 2	
21		有効期間 2	和暦表記
22		サービス種類 3	
23		サービス内容 3	
24		有効期間 3	和暦表記
25		特記事項	
26	利用者負担上限月額		
27	利用者負担上限月額適用期間		和暦表記
28	特定障害者特別給付費月額		
29	特定障害者特別給付費月額適		和暦表記
30	特定障害者特別給付費月額		
31	特定障害者特別給付費月額適		和暦表記
32	療養介護医療	公費負担者番号	
33		公費受給者番号	
34		療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）の負担上限月額	
35		食事療養（生活療養）の負担上限月額	
36		上限額の適用期間	和暦表記
37	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名	
38		市町村名 1	
39		市町村名 2	
40		市町村長	
41	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
42		住所	郵便番号+全角スペース+住所
43		電話番号	内線番号が必要な場合は、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	02	障害支援区分認定通知書
----	----	------------------	------	----	-------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		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	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文	申請日	和暦表記
9	氏名		
10	認定年月日		和暦表記
11	障害支援区分(区分・非該当)		打ち出し形式（例1）区分2（例2）非該当
12	障害支援区分(理由)		
13	障害支援区分の認定の有効期間		
14	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名	
		市町村名 1	
		市町村名 2	
		市町村長	
18	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	03	却下決定通知書
----	----	------------------	------	----	---------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		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	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文	申請日	和暦表記
9	申請事項		
10	却下の理由		
11	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名	
12		市町村名 1	
13		市町村名 2	
14		市町村長	
15	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	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
----	----	------------------	------	----	--

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	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	宛名	障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名	パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名	パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印	
8	通知文	申請日 和暦表記
9	受給者証番号	
10	支給決定障害者（保護者）	
11	変更年月日	和暦表記
12	支給決定に係る児童氏名	
13	変更の内容	変更前
14		変更後
15	提出先文	
16	提出先	提出先市町村名 パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
17		提出先名称
18		提出先住所
19		提出先電話番号
20		提出期限日
21	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名 パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
22		市町村名 1
23		市町村名 2
24		市町村長
25	お問い合わせ先	問い合わ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
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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	05	障害支援区分変更認定通知書
----	----	------------------	------	----	---------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		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	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文	申請日	
9	受給者証番号		
10	支給決定障害者氏名		
11	認定年月日		和暦表記
12	障害支援区分	変更前	打ち出し形式（例1）区分2（例2）非該当
13		変更後	打ち出し形式（例1）区分2（例2）非該当
14		理由	
15	障害支援区分の認定の有効期間		
16	留意事項		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
17	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名	
18		市町村名1	
19		市町村名2	
20		市町村長	
21	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	06	障害福祉サービス受給者証
----	----	------------------	------	----	--------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	一面	受給者証番号	
2		支給決定障害者等	障害者（保護者）居住地 住所+全角スペース+方書
3			障害者（保護者）カナ氏名
4			障害者（保護者）氏名
5			障害者（保護者）生年月日 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6		児童	児童カナ氏名
7			児童氏名
8			児童生年月日 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
9		障害種別	打ち出し形式 (例) 1
10		交付年月日	和暦表記
11		支給市町村名	事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた
12		電子公印	
13	二面	介護給付費の支給決定内容	障害支援区分
14			認定有効期間 和暦表記
15			サービス種別 1
16			支給量等 1
17			支給決定期間 1 和暦表記
18			サービス種別 2
19			支給量等 2
20			支給決定期間 2 和暦表記
21			サービス種別 3
22			支給量等 3
23			支給決定期間 3 和暦表記
24			予備欄
25	三面	サービス種別 4	
26		支給量等 4	
27		支給決定期間 4 和暦表記	
28		サービス種別 5	
29		支給量等 5	
30		支給決定期間 5 和暦表記	
31	四面	訓練等給付費の支給決定内容	障害支援区分
32			認定有効期間 和暦表記
33			サービス種別 1
34			支給量等 1
35			支給決定期間 1 和暦表記
36			サービス種別 2
37			支給量等 2
38			支給決定期間 2 和暦表記
39			サービス種別 3
40			支給量等 3
41			支給決定期間 3 和暦表記
42			予備欄
43	五面	計画相談支援給付費の支給内容	計画相談期間 和暦表記
44			相談支援事業所名
45			モニタリング期間 和暦表記
46			予備欄
47		特定障害者特別給付費の支給内容	補足給付日額
48			補足給付日額適用期間 和暦表記
49			補足給付月額
50			補足給付月額適用期間 和暦表記
51			予備欄
52	六面	利用者負担に関する事項	負担上限月額
53			負担上限月額適用期間 和暦表記
54			食事提供体制加算
55			食事提供体制加算適用期間
56			利用者負担上限額管理 対象者該当
			利用者負担上限額管理 事業所名
58			特記事項欄
59			予備欄
60		受給者証番号	

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	07	地域相談支援受給者証
----	----	------------------	------	----	------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	一面	受給者証番号	
2		地域相談支援給付決定 障害者	障害者居住地 住所+全角スペース+方書
3			障害者カナ氏名
4			障害者氏名
5			障害者生年月日 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
6			障害者性別
7		障害種別	打ち出し形式
8		交付年月日	和暦表記
9		支給市町村名	事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
10		電子公印	
11	二面	地域相談支援給付費の 給付決定内容	サービス種別 1
12			支給量等 1
13			支給決定期間 1 和暦表記
14			サービス種別 2
15			支給量等 2
16			支給決定期間 2 和暦表記
17			予備欄
18	四面	計画相談支援給付費の 支給内容	支給期間 和暦表記
19			指定特定相談支援事業 所名
20			モニタリング期間 和暦表記
21			予備欄
22	五面	注意事項欄	

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	08	療養介護医療受給者証
----	----	------------------	------	----	------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	一面	公費負担者番号	
2		公費受給者番号	
3		支給決定障害者	
4		障害者カナ居住地	住所＋全角スペース＋方書
5		障害者カナ氏名	
6		障害者氏名	
7		障害者生年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8		被保険者証の記号及び番号	
9		保険者名及び番号	
10		療養介護医療上限額	
11		食事療養上限額	
12		適用期間	和暦表記
13		交付年月日	和暦表記
14		支給市町村名	事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること <ul style="list-style-type: none"> ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
15		電子公印	

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	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
----	----	------------------	------	----	-------------------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
2	文書番号		
3	発行日		和暦表記
4	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文	市町村名 1	
9		市町村名 2	
10		市町村名 3	
11		市町村長	
12	障害福祉サービス受給者証番号		
13	地域相談支援受給者証番号		
14	通所受給者証番号		
15	申請者氏名		
16	申請に係る児童氏名		
17	支給の可否	可・否	“可”又は“否”を印字
18	支給する	支給期間	
19		モニタリング期間	
20	支給しない	支給しない理由	パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
21	不服申立て及び取消訴訟文	市町村名 1	
22		市町村名 2	
23		市町村名 3	
24		申立先代表者名	
25	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	10	モニタリング期間変更通知書
----	----	------------------	------	----	---------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
2	文書番号		
3	発行日		和暦表記
4	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
9	障害福祉サービス受給者証番号		
10	地域相談支援受給者証番号		
11	通所受給者証番号		
12	変更に係る障害者（保護者）		
13	変更に係る児童氏名		
14	変更後のモニタリング期間		和暦表記
15	障害福祉サービス受給者証、	提出先	パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
16		提出期限	
17	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	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
----	----	------------------	------	----	-----------------------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		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	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文	申請日	
9	受給者証番号		
10	通所給付決定保護者氏名		
11	給付決定年月日		和暦表記
12	給付決定に係る障害児氏名		
13	負担上限月額		
14	負担上限月額の適用期間		和暦表記
15	多子軽減対象		
16	無償化対象期間		和暦表記
17	給付決定内容	通所支援の種類 1	
18		支給量 1	
19		有効期間 1	和暦表記
20		通所支援の種類 2	
21		支給量 2	
22		有効期間 2	和暦表記
23		通所支援の種類 3	
24		支給量 3	
25		有効期間 3	和暦表記
26	肢体不自由児通所医療	公費負担者番号	
27		公費受給者番号	
28		肢体不自由児通所医療 （食事療養を除く）の 負担上限月額	
29		上限額の適用期間	和暦表記
30	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名 1	パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
31		都道府県名 2	
32		市町村名 1	
33		市町村名 2	
34		市町村長	
35	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
36		住所	郵便番号＋全角スペース＋住所
37		電話番号	内線番号が必要な場合は、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	12	却下決定通知書
----	----	------------------	------	----	---------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		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	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文	申請日	和暦表記
9	申請事項		
10	却下の理由		
11	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名	パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
12		市町村名 1	
13		市町村名 2	
14		市町村長	
15	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	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
----	----	------------------	------	--

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		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	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	通知文	申請日	和暦表記
9	受給者証番号		
10	支給決定障害者氏名(保護者)		
11	変更年月日		和暦表記
12	支給決定に係る障害児氏名		
13	変更の内容	変更前	
14		変更後	
15	提出先文		パラメタなどにより各自自治体に合わせた文言の印字が行えること
16	提出先	提出先市町村名	
17		提出先名称	
18		提出先住所	
19		提出先電話番号	
20		提出期限	和暦表記
21	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名 1	パラメタなどにより各自自治体に合わせた文言の印字が行えること
22		都道府県名 2	
23		市町村名 1	
24		市町村名 2	
25		市町村長	
26	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	14	通所受給者証
----	----	------------------	------	----	--------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	一面	受給者証番号	
2		通所給付決定保護者	住所+全角スペース+方書
3			保護者カナ氏名
4			保護者氏名
5			保護者生年月日
6		児童	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
7			児童カナ氏名
8			児童氏名
9			児童生年月日
10		交付年月日	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
11		支給市町村名	和暦表記
12	二面	電子公印	事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた
13		障害児通所給付費の給付決定内容	
14			サービス種別 1
15			支給量等 1
16			給付決定期間 1
17			和暦表記
18			サービス種別 2
19			支給量等 2
20			給付決定期間 2
21			和暦表記
22			特記事項欄
23			予備欄
24	三面	障害児通所給付費の給付決定内容	
25			サービス種別 3
26			支給量等 3
27			給付決定期間 3
28			和暦表記
29			サービス種別 4
30			支給量等 4
31			給付決定期間 4
32			和暦表記
33			特記事項
34			予備欄
35	四面	障害児相談支援給付費の支給内容	
36			障害児相談期間
37			和暦表記
38			相談支援事業所名
39			モニタリング期間
40			和暦表記
41			予備欄
42	五面	利用者負担に関する事項	
43			負担上限月額
44			負担上限月額適用期間
45			和暦表記
46			食事提供加算
47			食事提供加算適用期間
48			和暦表記
49			利用者負担上限額管理対象者該当
50			特記事項欄
51			予備欄

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	15	肢体不自由児通所医療受給者証
----	----	------------------	------	----	----------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	一面	公費負担者番号	
2		公費受給者番号	
3		通所給付決定保護者	保護者カナ居住地
4			保護者居住地 住所+全角スペース+方書
5			保護者カナ氏名
6			保護者氏名
7			保護者生年月日 日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
8			被保険者証の記号及び番号
9			保険者名及び番号
10		通所医療上限額	
11		適用期間	
12		交付年月日	和暦表記
13		支給市町村名	事務処理要領に定義された以下項目について、パラメタなどにより各自治体に合わせた印字が行えること <ul style="list-style-type: none"> ・市町村番号 ・支給市町村の名称 ・所在地 ・担当窓口の連絡先電話番号
14		電子公印	

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	16	支給（給付）決定取消通知書
----	----	------------------	------	----	---------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		文書番号の印字条件については、共通の対比表通番69を参照ください。
3	発行日		和暦表記
4	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	障害福祉サービス受給者証番号		
9	地域相談支援受給者証番号		
10	支給（給付）決定障害者（保護者）氏名		
11	支給決定に係る児童氏名		
12	支給（給付）決定取消日		和暦表記
13	取消理由		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
14	返還先文		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
15	返還先	返還先市町村名	
16		返還先名称	
17		返還先住所	
18		返還先電話番号	
19		返還期限日	和暦表記
20	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名	パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
21		市町村名 1	
22		市町村名 2	
23		市町村長	
24	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
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、問い合わ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		電話番号	内線番号が必要な場合は、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	17	支給決定取消通知書 ※障害児通所支援に係るもの
----	----	------------------	------	----	-------------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		文書番号の印字条件については、共通の対比表通番69を参照ください。
3	発行日		和暦表記
4	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	受給者証番号		
9	給付決定保護者氏名		
10	支給決定取消日		和暦表記
11	給付決定に係る児童氏名		
12	取消理由		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
13	返還先文		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
14	返還先	返還先市町村名	
15		返還先名称	
16		返還先住所	
17		返還先電話番号	
18		返還期限日	和暦表記
19	不服申立て及び取消訴訟文	都道府県名 1	パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
20		都道府県名 2	
21		市町村名 1	
22		市町村名 2	
23		市町村長	
24	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
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、問い合わ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

業務	06	障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	18	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
----	----	------------------	------	----	-----------------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号		文書番号の印字条件については、共通の対比表通番69を参照ください。
3	発行日		和暦表記
4	宛名		障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	障害福祉サービス受給者証番号		
9	地域相談支援受給者証番号		
10	通所受給者証番号		
11	支給取消に係る障害者（保護者）		
12	支給取消に係る児童名		
13	支給取消日		和暦表記
14	取消理由		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
15	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	
16		提出期限	和暦表記
17	不服申立て及び取消訴訟文	市町村長 1	パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
18		市町村名 1	
19		市町村名 2	
20		市町村長 2	
21	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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、問い合わ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

業務	08 自立支援医療（更生医療）	帳票名称	01-1 自立支援医療受給者証（更生医療）
----	-----------------	------	-----------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	公費負担者番号		パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自立支援医療費受給者番号		
4	受診者	フリガナ	全角表記
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		住所	住所＋全角スペース＋方書 ※1 住記住所とは別に障害者福祉世帯住所が管理されている場合、障害者福祉世帯住所を優先して印字できること
8		被保険者証の記号及び番号	枝番が入力されている場合は、「記号＋” ”＋番号＋” ”＋枝番」、枝番が未入力の場合は、「記号＋” ”＋番号」を印字する
9		保険者名	
10		重度かつ継続	打ち出し形式（例1）該当（例2）非該当
11	指定医療機関名	病院・診療所①	医療機関名
12			所在地・電話番号
13		病院・診療所②	医療機関名
14			所在地・電話番号
15		病院・診療所③	医療機関名
16			所在地・電話番号
17		薬局①	医療機関名
18			所在地・電話番号
19		薬局②	医療機関名
20			所在地・電話番号
21		薬局③	医療機関名
22			所在地・電話番号
23		訪問看護事業者①	医療機関名
24			所在地・電話番号
25		訪問看護事業者②	医療機関名
26			所在地・電話番号
27		訪問看護事業者③	医療機関名
28			所在地・電話番号
29	自己負担上限額		対象者の自己負担上限額、減免状況等に合わせた文言の印字が行えること
30	有効期間		和暦表記
31	発行日		和暦表記
32	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
33	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
34	電子公印		

業務	08 自立支援医療（更生医療）	帳票名称	01-2 自立支援医療受給者証（更生医療）（裏面）
----	-----------------	------	---------------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	公費負担の対象となる障害		
3	医療の具体的方針		
4	特定疾病療養受療証		打ち出し形式（例1）有（例2）無
5	注釈		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
6	注釈		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	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	判定依頼先	パラメタなどにより初期設定が行えること（例）〇〇更生相談所長 様
5	市町村名	パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名	パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印	
8	依頼文	パラメタなどにより各自自治体に合わせた文言の印字が行えること
9	身体障害者	フリガナ
		全角表記
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	性別	
13	住所	住所＋全角スペース＋方書 ※1 住記住所とは別に障害者福祉世帯住所が管理されている場合、障害者福祉世帯住所を優先して印字できること
14	身体障害者手帳	身体障害者手帳番号
15		初回交付日
		和暦表記
16		障害等級
		障害種別 + 障害等級
17		再交付日
		和暦表記
18	障害名	更生医療の管理項目「障害名」を印字する
19	判定依頼事項	パラメタなどにより各自自治体に合わせた文言の印字が行えること
20	備考	
21	問い合わせ先	担当部署名
		問い合わ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、問い合わ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

通番	表示項目（システムからの印字項目）	備考（表示条件など）
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	申請日	和暦表記
3	身体障害者手帳番号	
4	対象者	氏名
5		生年月日
6	居住地	日本人は和暦表記、外国人は西暦表記 住所+全角スペース+方書 ※1 住記住所とは別に福祉世帯住所が管理されている場合、福祉世帯住所を優先して印字できること
7	世帯員の状況①	氏名
8		年齢
9		続柄
10		市町村民税課税の有無
11		所得割額
12		備考
13	世帯員の状況②	氏名
14		年齢
15		続柄
16		市町村民税課税の有無
17		所得割額
18		備考
19	世帯員の状況③	氏名
20		年齢
21		続柄
22		市町村民税課税の有無
23		所得割額
24		備考
25	世帯員の状況④	氏名
26		年齢
27		続柄
28		市町村民税課税の有無
29		所得割額
30		備考
31	世帯員の状況⑤	氏名
32		年齢
33		続柄
34		市町村民税課税の有無
35		所得割額
36		備考
37	世帯員の状況⑥	氏名
38		年齢
39		続柄
40		市町村民税課税の有無
41		所得割額
42		備考
43	世帯員の状況⑦	氏名
44		年齢
45		続柄
46		市町村民税課税の有無
47		所得割額
48		備考
49	所得区分	
50	収入額	
51	所得割額（総額）	
52	負担上限額	対象者の負担上限額、減免状況に合わせた文言の印字が行えること
53	重度かつ継続	
54	その他参考とすべき意見等	
55	発行日	和暦表記

業務	08 自立支援医療（更生医療）	帳票名称	04	認定決定通知書（更生医療）
----	-----------------	------	----	---------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	文書番号		
4	発行日		和暦表記
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	申請者氏名		
9	通知文		パラメタなどにより初期設定が行えること
10	受給者番号		
11	認定日		和暦表記
12	有効期間		和暦表記
13	医療の具体的方針		
14	病院・診療所	病院・診療所①	台帳で登録した1件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
15		病院・診療所②	台帳で登録した2件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
16		病院・診療所③	台帳で登録した3件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
17	薬局	薬局①	台帳で登録した1件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
18		薬局②	台帳で登録した2件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
19		薬局③	台帳で登録した3件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
20	訪問看護事業者	訪問看護事業者①	台帳で登録した1件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
21		訪問看護事業者②	台帳で登録した2件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
22		訪問看護事業者③	台帳で登録した3件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
23	利用者負担上限額		対象者の負担上限額、減免状況に合わせた文言の印字が行えること
24	注意事項		パラメタなどにより初期設定が行えること
25	不服申立て及び取消訴訟文		パラメタなどにより初期設定が行えること
26	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
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、問い合わ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

業務	08 自立支援医療（更生医療）	帳票名称	05	却下通知書（更生医療）
----	-----------------	------	----	-------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	文書番号		
4	発行日		和暦表記
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	申請者氏名		
9	通知文		パラメタなどにより初期設定が行えること
10	却下理由		
11	不服申立て及び取消 訴訟文		パラメタなどにより初期設定が行えること ※〇〇の部分に対して印字できること
12	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
13		住所	郵便番号＋全角スペース＋住所
14		電話番号	内線番号が必要な場合は、問い合わ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

業務	09 自立支援医療（育成医療）		帳票名称	01-1 自立支援医療受給者証（育成医療）
通番	表示項目（システムからの印字項目）			備考（表示条件など）
1	タイトル			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	公費負担者番号			パラメタなどにより初期設定が行えること
3	自立支援医療費受給者番号			
4	受診者	フリガナ		全角表記
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		住所		住所+全角スペース+方書
8		被保険者証の記号及び番号		枝番が入力されている場合は、「記号+ ” ” +番号+ ” ” +枝番」、枝番が未入力の場合は、「記号+ ” ” +番号」を印字すること
9		保険者名		
10		重度かつ継続		打ち出し形式（例1）該当（例2）非該当
11	保護者	フリガナ		全角表記
12		氏名		
13		続柄		
14		住所		住所+全角スペース+方書 ※1 住記住所とは別に障害者福祉世帯住所が管理されている場合、障害者福祉世帯住所を優先して印字できること
15	指定医療機関名	病院・診療所①	医療機関名	台帳で登録した1件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
16			所在地・電話番号	台帳で登録した1件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所+改行+電話番号を印字すること
17		病院・診療所②	医療機関名	台帳で登録した2件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
18			所在地・電話番号	台帳で登録した2件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所+改行+電話番号を印字すること
19		病院・診療所③	医療機関名	台帳で登録した3件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字すること
20			所在地・電話番号	台帳で登録した3件目の医療機関情報（病院・診療所）の住所+改行+電話番号を印字すること
21		薬局①	医療機関名	台帳で登録した1件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
22			所在地・電話番号	台帳で登録した1件目の医療機関情報（薬局）の住所+改行+電話番号を印字すること
23		薬局②	医療機関名	台帳で登録した2件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
24			所在地・電話番号	台帳で登録した2件目の医療機関情報（薬局）の住所+改行+電話番号を印字すること
25		薬局③	医療機関名	台帳で登録した3件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字すること
26			所在地・電話番号	台帳で登録した3件目の医療機関情報（薬局）の住所+改行+電話番号を印字すること
27		訪問看護事業者①	医療機関名	台帳で登録した1件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
28			所在地・電話番号	台帳で登録した1件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所+改行+電話番号を印字すること
29		訪問看護事業者②	医療機関名	台帳で登録した2件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
30			所在地・電話番号	台帳で登録した2件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所+改行+電話番号を印字すること
31		訪問看護事業者③	医療機関名	台帳で登録した3件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字すること
32			所在地・電話番号	台帳で登録した3件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の住所+改行+電話番号を印字すること
33	自己負担上限額			
34	有効期間			和暦表記
35	発行日			和暦表記
36	市町村名			パラメタなどにより初期設定が行えること
37	市町村長名			パラメタなどにより初期設定が行えること
38	電子公印			

業務	09	自立支援医療（育成医療）	帳票名称	01-2	自立支援医療受給者証（育成医療）（裏面）
----	----	--------------	------	------	----------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	公費負担の対象となる障害		
3	医療の具体的方針		
4	特定疾病療養受療証		打ち出し形式（例1）有（例2）無
5	注釈		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
6	注釈		パラメタなどにより各自治体に合わせた文言の印字が行えること
7	補装具の有無		
8	理学療法の有無		

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	文書番号		
4	発行日		和暦表記
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	申請者氏名		
9	通知文		パラメタなどにより初期設定が行えること
10	受給者番号		
11	有効期間		和暦表記
12	医療の具体的方針		
13	病院・診療所	病院・診療所①	台帳で登録した1件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
14		病院・診療所②	台帳で登録した2件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
15		病院・診療所③	台帳で登録した3件目の医療機関情報（病院・診療所）の医療機関名を印字する。
16	薬局	薬局①	台帳で登録した1件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
17		薬局②	台帳で登録した2件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
18		薬局③	台帳で登録した3件目の医療機関情報（薬局）の薬局名を印字する。
19	訪問看護事業者	訪問看護事業者①	台帳で登録した1件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
20		訪問看護事業者②	台帳で登録した2件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
21		訪問看護事業者③	台帳で登録した3件目の医療機関情報（訪問看護事業者）の訪問看護事業者名を印字する。
22	利用者負担上限額		対象者の負担上限額、減免状況に合わせた文言の印字が行えること
23	注意事項		パラメタなどにより初期設定が行えること
24	不服申立て及び取消訴訟文		パラメタなどにより初期設定が行えること
25	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
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、問い合わ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

業務	09 自立支援医療（育成医療）	帳票名称	03	却下通知書
----	-----------------	------	----	-------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	宛名		障害者福祉共通の「宛名印刷」の窓空き宛名の印字と同じ
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	文書番号		
4	発行日		和暦表記
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	申請者氏名		
9	通知文		パラメタなどにより初期設定が行えること
10	却下理由		
11	不服申立て及び取消 訴訟文		パラメタなどにより初期設定が行えること ※〇〇の部分に対して印字できること
12	問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
13		住所	郵便番号＋全角スペース＋住所
14		電話番号	内線番号が必要な場合は、問い合わ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

業務	10	精神通院医療	帳票名称	01	進達リスト
通番	表示項目 (システムからの印字項目)			備考 (表示条件など)	
1	タイトル			パラメタなどにより初期設定が行えること	
2	発行日			管理項目の進達日と同日となる日を印刷日に設定し、印字する	
3	市区町村名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
4	1人目	No		通し番号	
5		申請区分			
6		申請日		和暦表記	
7		受給者番号		既に認定されている場合のみ。新規の場合は空白。	
8		本人氏名			
9		本人住所		住所＋全角スペース＋方書	
10		生年月日		日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	
11		添付書類			
12		保険の種類			
13		所得区分			
14	2人目	申請区分			
15		申請日		和暦表記	
16		受給者番号		既に認定されている場合のみ。新規の場合は空白。	
17		本人氏名			
18		本人住所		住所＋全角スペース＋方書	
19		生年月日		日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	
20		添付書類			
21		保険の種類			
22		所得区分			
23	...				
24	N人目	申請区分			
25		申請日		和暦表記	
26		受給者番号		既に認定されている場合のみ。新規の場合は空白。	
27		本人氏名			
28		本人住所		住所＋全角スペース＋方書	
29		生年月日		日本人は和暦表記、外国人は西暦表記	
30		添付書類			
31		保険の種類			
32		所得区分			
33	ページ番号			〇/〇ページ	
34	※N+1人目以上は2ページ以降に改ページする				

通番	表示項目 (システムからの印字項目)	備考 (表示条件など)
1	タイトル	パラメタなどにより初期設定が行えること
2	申請日	和暦表記
3	申請者氏名	
4	申請の種類	打ち出し形式 (例) 購入
5	対象者	住所
6		氏名 (フリガナ)
7		氏名
8		生年月日
9		日本人は和暦表記、外国人は西暦表記
10		性別
11	世帯員の状況	電話番号
12		氏名
13		年齢
14		対象者との続柄
15		課税状況 (課税区分)
		課税状況 (市民税所得割)
16	世帯区分	
17	基準額	
18	見積額	
19	月額負担上限額	
20	利用者負担額	
21	公費負担額	
22	用具名	
23	基準額 (用具毎)	
24	見積額 (用具毎)	
25	利用者負担 (用具毎)	
26	公費負担 (用具毎)	
27	合計	基準額 (合計)
28		見積額 (合計)
29		利用者負担 (合計)
30		公費負担 (合計)

業務	11	補装具	帳票名称	02	判定依頼書
通番	表示項目 (システムからの印字項目)			備考 (表示条件など)	
1	タイトル			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	市町村名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
5	市町村長名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
6	電子公印				
7	氏名 (フリガナ)			全角表記	
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				
11	身体障害者手帳	手帳番号			
12		交付日		和暦表記	
13		障害名			

業務	11	補装具	帳票名称	03	判定通知書
通番	表示項目（システムからの印字項目）			備考（表示条件など）	
1	タイトル				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：宛名印刷を参照ください。
3	文書番号				
4	発行日				
5	市町村名				パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名				パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印				
8	通知文				パラメタなどにより各自自治体に合わせた文言の印字が行えること
9		判定日			
10	身体障害者手帳番号				
11	判定依頼事項	判定日			
12		判定時間			
13		会場			
14	お問い合わせ先	担当部署名			問い合わ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
15		住所			郵便番号+全角スペース+住所
16		電話番号			内線番号が必要な場合は、問い合わ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

業務	11	補装具	帳票名称	04	支給決定通知書
通番	表示項目 (システムからの印字項目)			備考 (表示条件など)	
1	タイトル			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：宛名印刷を参照ください。	
3	文書番号				
4	発行日				
5	市町村名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
6	市町村長名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
7	電子公印				
8	対象者	住所		住所+全角スペース+方書	
9		氏名 (フリガナ)		全角カナ表記	
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		性別			
13		電話			
14	支給番号				
15	支給決定日				
16	決定内容			打ち出し形式 (例) 購入	
17	借受期間				
18	補装具名				
19	補装具業者	名称			
20		所在地			
21		電話			
22	基準額				
23	見積額				
24	利用者負担上限額				
25	利用者負担額	合計額			
26	借受の場合	月額 (初月)			
27		月額 (中間月)			
28		月額 (最終月)			
29	公費負担額	合計額			
30	お問い合わせ先	担当部署名		問い合わ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	
31		住所		郵便番号+全角スペース+住所	
32		電話番号		内線番号が必要な場合は、問い合わ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	

業務	11	補装具	帳票名称	05	支給券
通番	表示項目 (システムからの印字項目)			備考 (表示条件など)	
1	タイトル			パラメタなどにより初期設定が行えること	
2	支給番号				
3	支給決定日			和暦表記	
4	購入・借受・修理の別			打ち出し形式 (例) 購入 ※様式例第8(2)号、(3)号印刷時は出力しない	
5	借受け期間			和暦表記	
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	保護者氏名				
10	続柄				
11	補装具の名称				
12	修理部位				
13	処方				
14	補装具業者			名称	
15				所在地	
16				電話	
17	基準額				
18	見積額				
19	月額負担上限額				
20	利用者負担額				
21	公費負担額				
22	発行日			和暦表記	
23	市町村名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
24	市町村長名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
25	電子公印				
26	お問い合わせ先			担当部署名	
27				住所	
28				電話番号	
				問い合わ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	
				郵便番号+全角スペース+住所	
				内線番号が必要な場合は、問い合わ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	

業務	11	補装具	帳票名称	06	却下決定通知書
通番	表示項目 (システムからの印字項目)			備考 (表示条件など)	
1	タイトル			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：宛名印刷を参照ください。	
3	文書番号				
4	発行日			和暦表記	
5	市町村名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
6	市町村長名			パラメタなどにより初期設定が行えること	
7	電子公印				
8	申請日			和暦表記	
9	申請事項				
10	却下の理由				
11	市町村名 1				
12	市町村名 2				
13	市町村名 3				
14	市町村名 4				
15	問い合わせ先	担当部署名		問い合わ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、問い合わ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	

業務	11	補装具	帳票名称	07	代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状
----	----	-----	------	----	----------------------

通番	表示項目 (システムからの印字項目)		備考 (表示条件など)
1	タイトル		パラメタなどにより初期設定が行えること
2	発行日	和暦表記	
3	決定日	和暦表記	
4	支給券番号		
5	補装具名		
6	補装具価格		
7	利用者負担額		
8	補装具費請求額		

業務	11	補装具	帳票名称	08	補装具費支給決定のお知らせ（事業者向け）
----	----	-----	------	----	----------------------

通番	表示項目（システムからの印字項目）		備考（表示条件など）
1	タイトル		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：宛名印刷を参照ください。
3	文書番号		
4	発行日		
5	市町村名		パラメタなどにより初期設定が行えること
6	市町村長名		パラメタなどにより初期設定が行えること
7	電子公印		
8	対象者	住所	住所＋全角スペース＋方書
9		氏名（フリガナ）	全角カナ表記
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		電話	
13	支給番号		
14	支給決定日		
15	決定内容		打ち出し形式（例）購入
16	借受期間		
17	補装具名		
18	補装具業者	名称	
19		所在地	
20		電話	
21	基準額		
22	見積額		
23	利用者負担上限額		
24	利用者負担額	合計額	
25	借受の場合	月額（初月）	
26		月額（中間月）	
27		月額（最終月）	
28	公費負担額	合計額	
29	お問い合わせ先	担当部署名	問い合わ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
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、問い合わ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

(別紙5)

帳票レイアウト

帳票レイアウト

大項目	帳票タイトル
障害者福祉	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

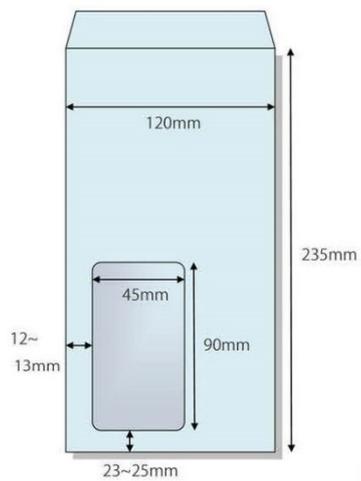
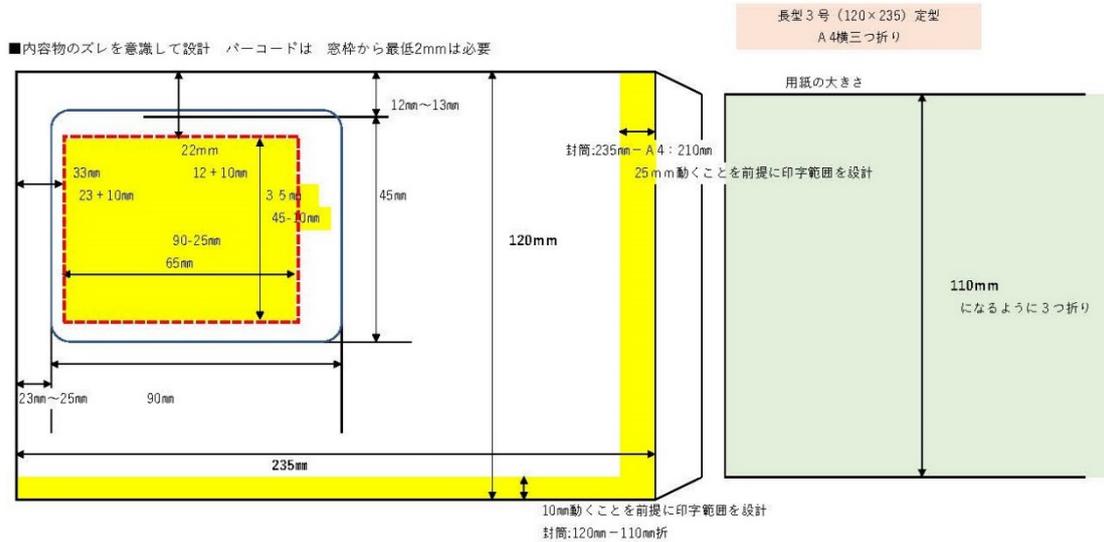
7. 障害福祉サービス等（給付管理）	なし
8. 自立支援医療（更生医療）	<ul style="list-style-type: none"> ト 01-1. 自立支援医療受給者証（更生医療） ト 01-2. 自立支援医療受給者証（更生医療）（裏面） ト 02. 判定依頼書 ト 03. 調査書 ト 04. 認定決定通知書 ト 05. 却下通知書
9. 自立支援医療（育成医療）	<ul style="list-style-type: none"> ト 01-1. 自立支援医療受給者証（育成医療） ト 01-2. 自立支援医療受給者証（育成医療）（裏面） ト 02. 認定決定通知書 ト 03. 却下通知書
10. 自立支援医療（精神通院医療）	<ul style="list-style-type: none"> ト 01. 進達リスト
11. 補装具	<ul style="list-style-type: none"> ト 01. 調査書 ト 02. 判定依頼書 ト 03. 判定通知書 ト 04. 補装具費支給決定通知書 ト 05. 支給券（様式第8（1）号） ト 06. 支給券（様式第8（2）号） ト 07. 支給券（様式第8（3）号） ト 08. 却下決定通知書 ト 09. 代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状 ト 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

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

<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 	<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 
<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 	<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 
<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 	<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 
<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 	<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 
<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 	<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 
<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 	<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 
<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 	<p>999-9999 ●●市●●1-2-3 あいうえおかきくけこ</p> <p>■■ 太郎 様 (■■ 次郎 様分)</p> 

(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



【窓あき封筒】

- ・封筒として長6封筒を推奨、長3封筒も利用可能
- ・窓あき封筒対応 (45mm×90mm) 用紙左から23~25mm、上から12~13mm
- ・内容物のズレを意識して設計→パーコードは窓枠から最低2mmは必要

【三つ折り線】

様式等に三つ折り線を記す場合は、以下を基準とする。

- ・左位置：10mm
- ・長6封筒の場合、上位置：99mm、198mmを基準とする
- ・長3封筒の場合、上位置：110mm、220mmを基準とする

※いずれの場合も三つ折り線の位置は基準を参考とすればよく厳密な位置の一致は求めない

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		
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	

・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。

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



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

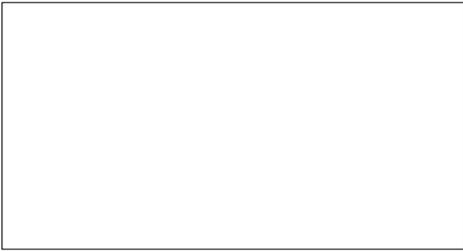
知的障害者更生指導台帳			手帳番号	
障害者 本人	カナ氏名		生年月日	
	氏名		住所	
保護者	氏名		住所	
	本人との続柄			
初回交付年月日			再交付年月日	
再判定年月			旅客運賃割引	
障害程度			IQ	
家 族 状 況	氏名		本人との続柄	生年月日

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

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

●●●●●●手当支給停止通知書

受給者氏名		認定番号	
受給者住所			
支給停止の理由			
支給停止の期間			

あなたの サービス名 手当については、上記のとおり、支給停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

※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	<small>(ふりがな)</small>	個人番号	
	氏名		
	住所		
② 配偶者	<small>(ふりがな)</small>	個人番号	住所
	氏名		
③ 扶養義務者	<small>(ふりがな)</small>	個人番号	住所
	氏名		
	<small>(受給資格者との続柄)</small>		

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	人	人	人	
	(㉞) 人	(㉟) 人	() 人	() 人	() 人	() 人	
	(㊱) 人						
⑨ 所得額	円	※㊲円	円	※㊳円	円	※㊴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
	⑬	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	
⑮ 控除後の所得額	円	円	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

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、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 (㉗) 人 (㉘) 人 (㉙) 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	※ウ円	
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	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
	⑬ 障害者・特別障害者・寡婦・ひとり親・勤労学生の別	円	円	円	円	円	円	円	円
	⑭	円	円	円	円	円	円	円	円
	⑮ 社会保険料等相当額	円	円			円			円
⑯ 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 氏 名 殿									
※(注) 査(査) 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。		公的年金等の収入金額		A	円	※		円	
		(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			

(裏面)

氏名		整理番号												
氏名		手当支払記録												
区	分	5月	8月	11月	2月	5月	8月	11月	2月	5月	8月	11月	2月	月
年	支払額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	支払済日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・
年	支払額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	支払済日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・
年	支払額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	支払済日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・
年	支払額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	支払済日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・
年	支払額	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
	支払済日	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・	・

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いたしましたので、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

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

御中

依頼日 令和 年 月 日

依頼元	課
-----	---

振込 指定日	
-----------	--

検印	係印	照査

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	口数		振込金額	
		合 計	口数		振込金額	



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

文 書 番 号
令和 年 月 日

市町村長

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、(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) (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7及び第51条の14) の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

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	
障害支援 区分		支給 (給付) 決定年月日	
		障害支援区分の 有効期間	
支給 (給付) 決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給 (給付) 量	有効期間
	特記事項		
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の 適用期間	
特定障害者特別給付費 (施設入所支援)	月額	円	左の給付費の 適用期間
特定障害者特別給付費 (共同生活援助・ 重度障害者等包括支援)	月額	円	左の給付費の 適用期間

療養介護医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	療養介護医療 (食事療養 (生活療養) を除く) の負担上限月額	月額	円	食事療養 (生活療養) の負担上限月額
	上限額の適用期間		月額	円

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



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	

(留意事項)

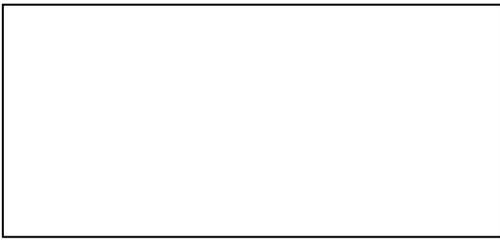
- 1 上記の障害支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。
- 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。
- 3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

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。
- 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



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。
- 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 

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

- 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ません。
 - 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



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

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

受給者証番号	<input type="text"/>	支給決定障害者氏名	<input type="text"/>
認定年月日	<input type="text"/>		

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	<input type="text"/>
障害支援区分の認定の有効期間	<input type="text"/>	
<p>(留意事項)</p> <p>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。</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ません。
- (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。
- 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)

障害福祉サービス受給者証	
受給者証番号	
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	
障害種別	
交付年月日	令和 年 月 日
支給市町村名 及び 印	

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
予備欄	

(三)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで

(四)

訓練等給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
予備欄	

(五)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	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	
モニタリング期間	
予備欄	
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
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	

(六)

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	
適用期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

(七)

訪問系サービス事業者記入欄		事業者確認印	
番号	事業者及びその事業所の名称	月	時間
1	サービス内容		
	契約支給量	分	
	契約日	令和 年 月 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			
2	サービス内容		
	契約支給量	分	
	契約日	令和 年 月 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			
3	サービス内容		
	契約支給量	分	
	契約日	令和 年 月 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			

(八)

訪問系サービス事業者記入欄		事業者確認印	
番号	事業者及びその事業所の名称	年	日
4	サービス内容		
	契約支給量	日	
	契約日	令和 年 月 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			
5	サービス内容		
	契約支給量	日	
	契約日	令和 年 月 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			
6	サービス内容		
	契約支給量	日	
	契約日	令和 年 月 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			

(九)

短期入所事業者実績記入欄		事業者及び その事業所の名称	実施日	日 月 日	累計 数	事業者 確認印
番号	事業者及び その事業所の名称					
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		事業者及びその 事業所の名称	サービス内容 契約支給量(ノ月)	日 月 日	事業者確認印
番号	事業者及びその 事業所の名称				
1		令和 年 月 日 令和 年 月 日	当該契約支給量による サービス提供終了日		
2		令和 年 月 日 令和 年 月 日	当該契約終了月中の サービス提供終了日までの 既提供量		
3		令和 年 月 日 令和 年 月 日	当該契約支給量による サービス提供終了日		
4		令和 年 月 日 令和 年 月 日	当該契約終了月中の サービス提供終了日までの 既提供量		

(十一)

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

(十二)

就労定着支援・自立生活援助 事業者記入欄		事業者 確認印
事業者及びその 事業所の名称	利用開始日	
	利用終了日	
1	契約日	
	令和 年 月 日 サービス提供終了日	
2	契約日	
	令和 年 月 日 サービス提供終了日	

予備欄

(十三)

注意事項欄

- この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 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。
- 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。
- 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斟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は市町村の窓口にお問い合わせください。
- 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。
- 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。

(十四)

注意事項欄

- 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。)
- 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。
- 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。
- 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場合があります。
- 支給決定の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。

(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
地域相談支援給付決定障害者	居住地	地域相談支援 給付量等				契約日 平成 年 月 日 サービス提供終了日 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			契約日 平成 年 月 日 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					
生年月日	年 月 日	地域相談支援 給付量等					
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				
交付年月日	平成 年 月 日	予備欄		予備欄			
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ったときは、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場合があります。
- 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			
居住地			
フリガナ	生年月日		
氏名		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	療養介護医療 費(食事療養を除く)	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	平成 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きください。
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1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に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が、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。
8	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。
9	また、再交付を受けた後、紛失したり、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。
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場合があります。

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

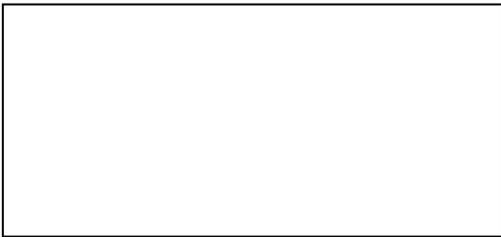
障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
通所受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る 児童氏名	
支給の可否			
支給する	支給期間	令和 年 月 ~ 令和 年 月	
	モニタリング 期間		
支給しない	支給しない 理由		

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20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

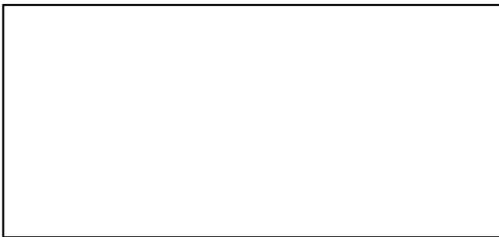
障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
通所受給者証番号			
変更に係る障害者 (保護者)		変更に係る 児童氏名	
変更後の モニタリング期間			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証の提出期限 及び提出先	提出先： 提出期限：令和 年 月		

(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

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

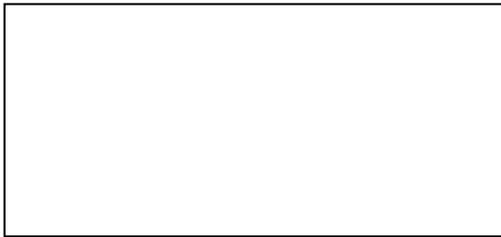
肢体不自由児通所医療	公費負担者番号	公費受給者番号
	肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）の負担上限月額	円
	上限額の適用期間	

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

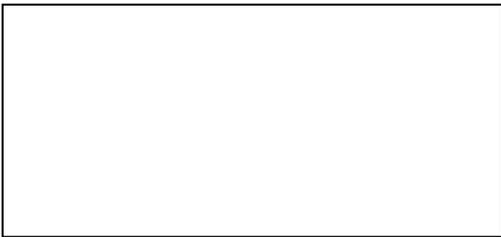
2 却下の理由

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)

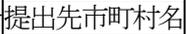
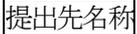
障害児通所給付費支給変更決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

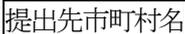
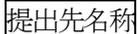
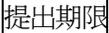
文 書 番 号
令和 年 月 日
市町村長 

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。

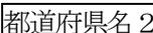
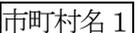
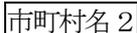
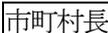
記

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)		(二)		(三)	
通所受給者証		障害児通所給付費の給付決定内容		障害児通所給付費の給付決定内容	
受給者証番号		支援の種類		支援の種類	
通所給付決定保護者	居住地	支給量等		支給量等	
フリガナ	フリガナ	給付決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	給付決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
氏名	氏名	支援の種類		支援の種類	
生年月日	生年月日	支給量等		支給量等	
フリガナ	フリガナ	給付決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで	給付決定期間	令和 年 月 日から令和 年 月 日まで
氏名	氏名	特記事項欄		特記事項欄	
生年月日	生年月日	予備欄		予備欄	
交付年月日	令和 年 月 日				
支給市町村名及び印					

(四)	(五)	(六)																																																																																														
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">障害児相談支援給付費の支給内容</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">支給期間</td> <td>令和 年 月から 令和 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">指定相談支援事業所名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">モニタリング期間</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予備欄</td> </tr> </table>	障害児相談支援給付費の支給内容		支給期間	令和 年 月から 令和 年 月 日まで	指定相談支援事業所名		モニタリング期間		予備欄		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">負担上限月額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">食事提供加算対象者</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">利用者負担上限額管理対象者該当の有無</td> </tr> <tr> <td colspan="2">利用者負担上限額管理事業所名</td> </tr> <tr> <td colspan="2">特記事項欄</td> </tr> <tr> <td colspan="2">予備欄</td> </tr> </table>	利用者負担に関する事項		負担上限月額	円	適用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	食事提供加算対象者		適用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	利用者負担上限額管理対象者該当の有無		利用者負担上限額管理事業所名		特記事項欄		予備欄		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">障害児通所支援事業者記入欄</td> </tr> <tr> <td style="width:5%;">番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="width:15%;">事業者及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支援の内容及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約支給量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>当該契約支給量による支援提供終了日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支援提供終了までの既提供量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>事業者確認印</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">1</td> </tr> <tr> <td colspan="2">事業者及びその事業所の名称</td> </tr> <tr> <td>支援の内容及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約支給量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>当該契約支給量による支援提供終了日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支援提供終了までの既提供量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>事業者確認印</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">2</td> </tr> <tr> <td colspan="2">事業者及びその事業所の名称</td> </tr> <tr> <td>支援の内容及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約支給量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>当該契約支給量による支援提供終了日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支援提供終了までの既提供量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>事業者確認印</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">3</td> </tr> <tr> <td colspan="2">事業者及びその事業所の名称</td> </tr> <tr> <td>支援の内容及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約支給量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>当該契約支給量による支援提供終了日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支援提供終了までの既提供量</td> <td></td> </tr> <tr> <td>事業者確認印</td> <td></td> </tr> </table>	障害児通所支援事業者記入欄		番号		事業者及びその事業所の名称		支援の内容及びその事業所の名称		契約支給量		契約日	令和 年 月 日	当該契約支給量による支援提供終了日	令和 年 月 日	支援提供終了までの既提供量		事業者確認印		1		事業者及びその事業所の名称		支援の内容及びその事業所の名称		契約支給量		契約日	令和 年 月 日	当該契約支給量による支援提供終了日	令和 年 月 日	支援提供終了までの既提供量		事業者確認印		2		事業者及びその事業所の名称		支援の内容及びその事業所の名称		契約支給量		契約日	令和 年 月 日	当該契約支給量による支援提供終了日	令和 年 月 日	支援提供終了までの既提供量		事業者確認印		3		事業者及びその事業所の名称		支援の内容及びその事業所の名称		契約支給量		契約日	令和 年 月 日	当該契約支給量による支援提供終了日	令和 年 月 日	支援提供終了までの既提供量		事業者確認印	
障害児相談支援給付費の支給内容																																																																																																
支給期間	令和 年 月から 令和 年 月 日まで																																																																																															
指定相談支援事業所名																																																																																																
モニタリング期間																																																																																																
予備欄																																																																																																
利用者負担に関する事項																																																																																																
負担上限月額	円																																																																																															
適用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																																																																																															
食事提供加算対象者																																																																																																
適用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで																																																																																															
利用者負担上限額管理対象者該当の有無																																																																																																
利用者負担上限額管理事業所名																																																																																																
特記事項欄																																																																																																
予備欄																																																																																																
障害児通所支援事業者記入欄																																																																																																
番号																																																																																																
事業者及びその事業所の名称																																																																																																
支援の内容及びその事業所の名称																																																																																																
契約支給量																																																																																																
契約日	令和 年 月 日																																																																																															
当該契約支給量による支援提供終了日	令和 年 月 日																																																																																															
支援提供終了までの既提供量																																																																																																
事業者確認印																																																																																																
1																																																																																																
事業者及びその事業所の名称																																																																																																
支援の内容及びその事業所の名称																																																																																																
契約支給量																																																																																																
契約日	令和 年 月 日																																																																																															
当該契約支給量による支援提供終了日	令和 年 月 日																																																																																															
支援提供終了までの既提供量																																																																																																
事業者確認印																																																																																																
2																																																																																																
事業者及びその事業所の名称																																																																																																
支援の内容及びその事業所の名称																																																																																																
契約支給量																																																																																																
契約日	令和 年 月 日																																																																																															
当該契約支給量による支援提供終了日	令和 年 月 日																																																																																															
支援提供終了までの既提供量																																																																																																
事業者確認印																																																																																																
3																																																																																																
事業者及びその事業所の名称																																																																																																
支援の内容及びその事業所の名称																																																																																																
契約支給量																																																																																																
契約日	令和 年 月 日																																																																																															
当該契約支給量による支援提供終了日	令和 年 月 日																																																																																															
支援提供終了までの既提供量																																																																																																
事業者確認印																																																																																																

(七)

障害児通所支援事業者記入欄									
番号	事業者及びその名称								
4	支援の内容								
	契約支給量								
	<table border="1"> <tr> <td>事業所確認印</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>当協契約支給量による 支援提供終了日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支援提供終了日までの 既提供量</td> <td></td> </tr> </table>	事業所確認印		契約日	令和 年 月 日	当協契約支給量による 支援提供終了日	令和 年 月 日	支援提供終了日までの 既提供量	
事業所確認印									
契約日	令和 年 月 日								
当協契約支給量による 支援提供終了日	令和 年 月 日								
支援提供終了日までの 既提供量									
5	事業者及びその名称								
	支援の内容								
	契約支給量								
6	事業者及びその名称								
	支援の内容								
	契約支給量								
	<table border="1"> <tr> <td>事業所確認印</td> <td></td> </tr> <tr> <td>契約日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>当協契約支給量による 支援提供終了日</td> <td>令和 年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支援提供終了日までの 既提供量</td> <td></td> </tr> </table>	事業所確認印		契約日	令和 年 月 日	当協契約支給量による 支援提供終了日	令和 年 月 日	支援提供終了日までの 既提供量	
事業所確認印									
契約日	令和 年 月 日								
当協契約支給量による 支援提供終了日	令和 年 月 日								
支援提供終了日までの 既提供量									

(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せん。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。
11	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。
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。

(様式第10号)

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	生年月日	
	氏名	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	まで
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いてください。
- 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。
- 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。
- 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ったり、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場合があります。

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

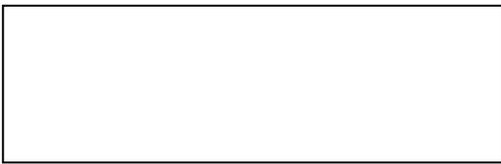
返還期限 返還期限日

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



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 2 1 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 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

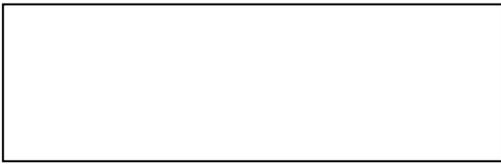
返還期限 返還期限日

不服申立て及び取消訴訟

- 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 6 0 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。
- 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。

(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21号)

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 

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へ提出すること。

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 

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						
<p>上記のとおり確認しました。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">調査者</p>						

窓空宛名

第 号
年 月 日

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 

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53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						
<p>上記のとおり認定する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〇〇市町村長 印</p>								

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。

窓空宛名

第 号
年 月 日

自立支援医療（育成医療）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（育成医療）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 

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53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

調 査 書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名					
申請の種類		購入（借受けの意向 有・無） ・ 借受け ・ 修理							
対象者	住 所								
	フリガナ 氏 名								
	生年月日	年 月 日		電話					
世帯員の状況	氏 名		年 齢	対象者 との 続 柄	課 税 状 況	備 考			
					課税区分	市 民 税 所 得 割			
	非課税世帯	氏名		所得	障害年金	手当	合計		
				円	円	円	円		
世帯区分									
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額			
円		円							
月額負担上限額				円		円			
用 具 名		基準額		見積額		利用者負担		公費負担	
		円		円		円		円	
合 計		円		円		円		円	
上記のとおり確認しました。									
年 月 日									
調査者									

判 定 依 頼 書

第 号
年 月 日

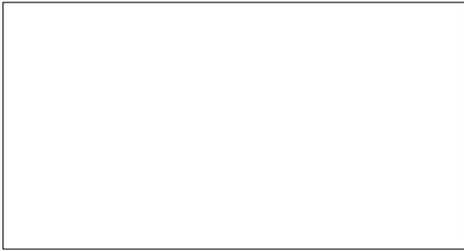
市 町 村 長 印

身体障害者更生相談所長 殿

下記の者に対する判定を依頼する。

記

フリガナ 氏名		年 月 日生	住 所	
手帳	号	年 月 日交付	医療保険名	
長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む）				
家 族 関 係				
生 育 ・ 職 業 歴				
障害・疾患等に関する既往歴			最近5年間の補装具購入・借受け・修理状況	
			年 月（購入・借受け・修理）	
現在受療中の医療機関名				
判定依頼事項				
申請の種類・・・ 購入（借受けの意向 有・無）、借受け、修理				
借受けの意向・・・有、無				
判定の方法・・・ 通所、巡回、在宅				



判 定 通 知 書

第 号
年 月 日
市 町 村 長 印

殿

先に申請のあった については、専門的判定の必要がありますので、
申請日に 身体障害者更生相談所において判定を行うこと
になりました。

なお、当日は本書を持参してください。

記

1. 身体障害者手帳番号

2. 判定依頼事項

判定日
判定時間
会場

(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

補装具費支給決定通知書

年 月 日

市町村長印

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	住 所	〒			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	電 話		
支給番号		支給決定日	年 月 日		
決定内容	(購入・借受け・修理)	借受け期間	年 月 日～ 年 月 日		
補装具名					
補装具業者	名 称				
	所 在 地	〒			
	電 話				
基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額	
円	円	合計額	円	(合計額)	
月額負担上限額	円	月額 (借受けの場合)	(初 月)		円
			(中間月)		円
			(最終月)		円
教示事項					

(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

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 決 定 日	年 月 日
購入・借受け・修理 の 別	購入 ・ 借受け ・ 修理		
借 受 け 期 間 (借受けの場合)	年 月 日	～	年 月 日
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
保 護 者 氏 名		続 柄	
補 装 具 の 名 称		修 理 部 位	
処 方			
補 装 具 者 業 者	名 称		
	所 在 地		
	電 話		
基 準 額	見 積 額	利 用 者 負 担 額	公 費 負 担 額
円	円	円	円
月 額 負 担 上 限 額			
円			
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日			
			市町村長 印
判 定 査	判 定 日 年 月 日	平成 年 月 日	判 定 員 名 職 氏 名
受 領	受 領 日 年 月 日	平成 年 月 日	受 領 者 名 氏 名
		印	本人との関係

(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

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 決 定 日	年 月 日
借 受 け 期 間	年 月 日 ~		年 月 日
氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
保 護 者 氏 名			続 柄
補 装 具 の 名 称		修 理 部 位	
処 方			
補 装 具 業 者	名 称		
	所 在 地		
	電 話		
基 準 額	見 積 額	利 用 者 負 担 額	公 費 負 担 額
円	円	円	円
月 額 負 担 上 限 額			
円			
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日			
			市町村長 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

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 決 定 日	年 月 日		
借 受 け 期 間	年 月 日 ~		年 月 日		
氏 名		生年月日	年 月 日		
住 所					
保 護 者 氏 名			続 柄		
補 装 具 の 名 称			修 理 部 位		
処 方					
補 装 具 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
基 準 額	見 積 額	利 用 者 負 担 額		公 費 負 担 額	
円	円	円		円	
月 額 負 担 上 限 額					
円					
上記のとおり決定する。 平成 年 月 日					
市町村長 印					
返 却 確 認	返 却 日	平 成 年 月 日	業 者 名	印	
			申 請 者 氏 名	印	本 人 と の 関 係

(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

第 号
年 月 日

市 町 村 長 印

申請日 に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

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60日以内に 市町村名 長に対して異議申立て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 長を被告として（訴訟において 市町村名 を代表する者は 市町村名 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60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定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、その異議申立てに対する決定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、その異議申立てに対する決定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

代理受領に係る補装具費支払請求書兼委任状

令和 年 月 日

(宛先)

〔決定日〕 付け第 〔支給券番号〕 号で支給決定を受けた 〔補装具名〕 の引渡しを受け、次のとおり利用者負担額を支払いましたので、補装具費の支払いを請求します。なお、その受領の権限を下記の事業者に委任します。

補 装 具 価 格 (基 準 額) ※差額自己負担等、補装具費の対象とならないものは除く。	円
利 用 者 負 担 額	円
補 装 具 費 請 求 額	円

請求者兼委任者 住 所 _____
(障害者又は障害児
の保護者) 氏 名 _____ 印

上記の受領の権限を受任しました。なお、支払いについては、下記の登録の口座に振り込んでください。

住 所 _____

受任者 名 称 _____
(事業者)

代表者氏名 _____ 印

相手方番号 _____

※相手方番号の記入により、下記の口座情報の記入を省略できます。

(振込み先銀行) 銀行名 _____ 支店名 _____ 口座の種別 _____

口 座 番 号 _____

口座名義人氏名 _____

補装具費支給決定通知書

年 月 日

市町村長印

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	住 所	〒			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	電話		
支給番号		支給決定日	年 月 日		
決定内容	(購入・借受け・修理)	借受け期間	年 月 日～ 年 月 日		
補装具名					
補装具業者	名 称				
	所 在 地	〒			
	電 話				
基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額	
円	円	合計額	円	(合計額)	
月額負担上限額	円	月額 (借受けの場合)	(初 月)		円
			(中間月)		円
			(最終月)		円
教示事項					

(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

厚生労働省 令和2年度障害者総合福祉推進事業

地方自治体における情報システム標準化に関する調査研究事業

報 告 書

発 行 日：令和3年3月

編集・発行：日本コンピューター株式会社