

市町村等事務処理様式 目 次

様式	様式（案）名	経路	省令様式	参考様式	ページ
1	居宅生活支援費 施設訓練等支援費 支給申請書【3法共通】	申請者→市町村		○	196
2	居宅生活支援費支給決定・利用者負担額決定通知書【3法共通】	市町村→申請者		○	197
3	居宅生活支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書【3法共通】	市町村→扶養義務者		○	198
4	施設訓練等支援費支給決定・利用者負担額決定通知書【2法共通】	市町村→申請者		○	199
5	施設訓練等支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書【2法共通】	市町村→扶養義務者		○	200
6	不支給決定通知書【3法共通】【居宅、施設共通】	市町村→申請者		○	201
7	特例居宅生活支援費支給申請書【3法共通】	申請者→市町村		○	202
8	特例居宅生活支援費支給（不支給）決定通知書【3法共通】	市町村→申請者		○	203
9	支給量変更申請書【3法共通】	申請者→市町村		○	204
10	支給量変更決定通知書【3法共通】	市町村→申請者		○	205
11	障害程度区分変更申請書【2法共通】	申請者→市町村		○	206
12	障害程度区分変更決定通知書【2法共通】	市町村→申請者		○	207
13	居宅支給決定取消通知書【3法共通】	市町村→申請者		○	208
14	施設支給決定取消通知書【2法共通】	市町村→申請者		○	209
15	居宅受給者証【身体障害者用】	市町村→受給者	○		210
16	居宅受給者証【知的障害者用】	市町村→受給者	○		219
17	居宅受給者証【児童用】	市町村→受給者	○		229
18	施設受給者証【身体障害者用】	市町村→受給者	○		238
19	施設受給者証【知的障害者用】	市町村→受給者	○		240
20	居宅介護 契約内容（居宅受給者証記載事項）報告書【3法共通】	事業者→市町村		○	242
21	デイサービス 契約内容（居宅受給者証記載事項）報告書【3法共通】	事業者→市町村		○	243

22	居宅生活支援費 施設訓練等支援費 請求書【3法共通】【居宅、施設共通】	事業者・施設→市町村	○		244
23	居宅生活支援費明細書（居宅介護）【3法共通】	事業者→市町村	○		245
24	居宅生活支援費明細書（デイサービス）【3法共通】	事業者→市町村	○		246
25	居宅生活支援費明細書（短期入所）【3法共通】	事業者→市町村	○		247
26	居宅生活支援費明細書（知的障害者地域生活援助）	事業者→市町村	○		248
27	施設訓練等支援費明細書（全施設共通）【2法共通】	施設→市町村	○		249
28	居宅介護サービス提供実績記録票【3法共通】	事業者→市町村		○	250
29	デイサービス提供実績記録票【3法共通】	事業者→市町村		○	251
30	短期入所サービス提供実績記録票【3法共通】	事業者→市町村		○	252
31	居宅生活支援費支給管理台帳【3法共通】	市町村		○	253
32	施設訓練等支援費支給管理台帳【2法共通】	市町村		○	262
33	居宅支援サービス利用者負担額管理表【3法共通】	事業者→市町村		○	265

【3法共通】身体障害者福祉法、知的障害者福祉法、児童福祉法共通で用いられるようにしたもの

【2法共通】身体障害者福祉法、知的障害者福祉法共通で用いられるようにしたもの

【居宅、施設共通】居宅支援、施設支援共通で用いられるようにしたもの

(身体障害者 知的障害者 児 童)

居宅生活支援費 施設訓練等支援費 支給申請書

(あて先)〇〇市(町村)長

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日
	氏名			性別	男・女				
	居住地	〒		電話番号					
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日	昭和・平成		年	月	日
	性別	男・女		続柄					
利用者負担額扶養 義務者分対象者氏名	フリガナ			居住地					続柄
	電話番号								
身体障害者手帳番号			療育手帳番号						
サービス利用の 状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等							
	施設サービス	利用中の施設名等							
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援・要介護 1 2 3 4 5				
居宅生活支援費	申請する支援の種類・内容								
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 知的障害者地域生活援助					
施設訓練等 支援費	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設 (入所・通所)		<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設 (入所・通所)		<input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設 (入所・通所)				
	<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設 (入所・通所)		<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設 (入所・通所)		<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮				
	<input type="checkbox"/> 心身障害者福祉協会 の設置する福祉施設								
届出者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者				
	氏名			申請者との関係					
	住所	〒		電話番号					

(身体障害者 知的障害者 児童)
居宅生活支援費支給決定・利用者負担額決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市 (町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市 (町村) 長

印

(身体障害者福祉法第17条の5 知的障害者福祉法第15条の6 児童福祉法第21条の11)の規定に基づき居宅生活支援費の支給について、下記のとおり決定し、居宅受給者証を交付しますので通知します。

記

居宅受給者証番号		支給決定障害者(保護者)氏名	
支給決定日		支給決定に係る児童氏名	
支給期間			
居宅支援の種類	居宅支援の内容	利用者負担額(月額)	
		本人	扶養義務者
居宅介護			
デイサービス			
短期入所			
知的障害者地域生活援助			

特記事項

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地			
	氏名		続柄	

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、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、〇〇市(町村)長に対して異議申立てをすることができます。

問い合わせ先

〇〇市(町村) △△△△課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者 児童)
居宅生活支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市(町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長 印

(身体障害者福祉法第17条の5 知的障害者福祉法第15条の6 児童福祉法第21条の11)の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し、あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地		
	氏名	続柄	

居宅受給者証 番号		支給決定障害者 (保護者)氏名	
支給決定日		支給決定に係る 児童氏名	
支給期間			
居宅支援の種類	居宅支援の内容	利用者負担額(月額)	
		扶養義務者	本人
居宅介護			
デイサービス			
短期入所			
知的障害者 地域生活援助			

特記事項	
------	--

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、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、〇〇市(町村)長に対して異議申立てをすることができます。

問い合わせ先

〇〇市(町村)△△△△課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者)
施設訓練等支援費支給決定・利用者負担額決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市 (町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市 (町村) 長 印

(身体障害者福祉法第17条の11 知的障害者福祉法第15条の12)の規定に基づき施設訓練等支援費の支給について、下記のとおり決定し、施設受給者証を交付しますので通知します。

記

施設受給者証番号	支給決定障害者氏名
支給決定日	
支給期間	
施設支援の種類及び内容	
障害程度区分	
利用者負担額(本人)(月額)	
利用者負担額(扶養義務者)(月額)	

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地	
	氏名	続柄

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、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、〇〇市(町村)長に対して異議申立てをすることができます。

問い合わせ先

〇〇市(町村) △△△△課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者)
施設訓練等支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市(町・村)
〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

(身体障害者福祉法第17条の11 知的障害者福祉法第15条の12)の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し、あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地			
	氏名		続柄	

施設受給者証号	支給決定障害者氏名
支給決定日	
支給期間	
施設支援の種類及び内容	
障害程度区分	
利用者負担額(扶養義務者) (月額)	
利用者負担額(本人) (月額)	

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、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、〇〇市(町村)長に対して異議申立てをすることができます。

問い合わせ先

〇〇市(町村) △△△△課
住所
電話番号

不支給決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市(町・村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長

印

年 月 日に申請された(身体障害者 知的障害者 児童)(居宅生活支援費 施設訓練等支援費)の支給については、下記の理由により不支給とすることに決定しましたので通知します。なお、この決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60日以内に、〇〇市(町村)長に対して異議申立てをすることができます。

記

1 申請事項

2 不支給の理由

問い合わせ先

〇〇市(町村) △△△△課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者 児童) 特例居宅生活支援費支給申請書

【平成 年 月分】

(あて先) ○○市(町村)長

平成 年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例居宅生活支援費の支給を申請します。

フリガナ					居宅受給者証番号						
申請者氏名											
生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日	性別	男・女				
支給決定に係る児童氏名					生年月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男・女
居住地	〒										
	電話番号										
特例居宅生活支援費請求額	円										

届出者	フリガナ					□代理人	□代行者
	氏名					申請者との関係	
	住所	〒					電話番号

(注意) この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書添付してください。

上記に関する特例居宅生活支援費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他
			口座番号			
	金融機関コード		店舗コード			
	フリガナ					
口座名義人						

市町村記入欄

領収証 確認欄	サービス 提供証明書 確認欄	備 考

(身体障害者 知的障害者 児童)
特例居宅生活支援費支給（不支給）決定通知書

〒 ー
〇〇市（町村）
〇〇 〇〇 様

文 書 番 号
平成 年 月 日

〇〇市（町村）長



先に申請のありました特例居宅生活支援費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

居宅受給者証番号	申請者氏名
----------	-------

受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日
特例居宅生活支援費申請額	円		
支給決定の内容			
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

不服の申立て

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日以内に〇〇市（町村）長に対し異議申立てをすることができます。

問い合わせ先

〇〇市（町村）△△△△課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者 児童) 支給量変更申請書

(あて先) ○○市(町村)長

次のとおり申請します。

申請者	居宅受給者証番号		申請年月日	平成 年 月 日					
	フリガナ		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日				
	氏名			性別	男・女				
	居住地								
支給決定に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日					
	氏名			性別	男・女	続柄			
	サービス利用の状況								
サービス利用の状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類、内容等							
	施設サービス	利用中の施設支援の種類、内容等							
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援・要介護	1	2	3	4
変更を申請する居宅支援の種類・内容		利用中のサービスの種類と内容等							
変更を申請する理由									
届出者	フリガナ					<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 代行者	
	氏名					申請者との関係			
	住所	〒				電話番号			

(身体障害者 知的障害者 児童) 支給量変更決定通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 ー
〇〇 (町村)

〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長



(身体障害者福祉法第17条の7 知的障害者福祉法第15条の8 児童福祉法第21条の13)の規定に基づき支給量の変更について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

居宅受給者証番号			
支給決定障害者(保護者)氏名			支給決定に係る児童氏名
変更年月日			
変更後のサービスの種類、内容及び支給量			
変更の理由			

居宅受給者証を〇〇市(町村)△△△△課に提出してください。

提出先 〇〇市(町村)△△△△課
住所
電話番号

提出期限 平成 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、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、〇〇市(町村)長に対して異議申し立てをすることができます。

(身体障害者 知的障害者) 障害程度区分変更申請書

(あて先)

〇〇市(町村)長

次のとおり申請します。

申 請 者	施設受給者証番号		申請年月日	平成	年	月	日
	フリガナ		生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月 日
	氏名		性別	男 ・ 女			
	居住地						
	現在の施設支援の種類、内容及び障害程度区分						
変更を申請する理由							

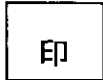
届 出 者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者
	氏名		申請者との関係	
	住所	〒 電話番号		

居宅支給決定取消通知書

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒
〇市（町・村）
〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長



〔身体障害者福祉法第17条の8第1項
知的障害者福祉法第15条の9第1項
児童福祉法第21条の14第1項〕の規定により、下記のとおり居宅支給決定を取り消しま
したので通知します。

記

居宅受給者証 番 号	支給決定障害者 (保護者)氏名
支給決定取消日	支給決定に係る 児 童 氏 名
取 消 理 由	

居宅受給者証を〇〇市（町村）△△△△課に返還してください。

返 還 先 〇〇市（町村）△△△△課
住所
電話番号

返還期限 平成 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、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、〇〇市（町村）長に対して異議申立てをすることができます。

