

身体障害者施設支援 施設受給者証 (案)

(様式第18の1号)

(一)		(二)				(三)				
施設受給者証		施設支給決定の内容				指定身体障害者更生施設等の記入欄				
受 給 者	番 号					指定身体障害者更生施設等の名称	入所日・退所日	施設確認印		
	居住地	身体障害者 施設支援の種類及び内容				入所日	平成 年 月 日			
	フリガナ	施設訓練等支援費 支給期間				退所日	平成 年 月 日			
	氏 名	身体障害 程度区分	変更後の障 害程度区分	市町村認印	入所日	平成 年 月 日				
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日 男・女	変 更 年月日	平成 年 月 日	退所日	平成 年 月 日				
施設 支給 決定 に係る 扶養 義務 者	居住地	利用者負担額	本 人	月 額	円	(予備欄)				
	氏 名	扶養義務者	月 額	円						
交付年月日	平成 年 月 日から									
支給市町村名 及び印	利用者負担額	本 人	月 額	円	市町村認印					
	扶養義務者	月 額	円							
		平成 年 月 日から								
		本 人	月 額	円	市町村認印					
		扶養義務者	月 額	円						
		平成 年 月 日から								
		本 人	月 額	円	市町村認印					
		扶養義務者	月 額	円						
		平成 年 月 日から								
		特記事項								

身体障害者施設支援 施設受給者証 (案)

(四)

注 意 事 項

- 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 指定施設支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。
- 3 指定施設支援を受けるときに支払う金額は、利用者負担額欄に記載された金額です。
- 4 支給期間を経過したときは、施設訓練等支援費の支給を受けられませんので、支給期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、施設訓練等支援費の支給の再申請をしてください。
- 5 利用者負担額については、負担能力の認定を毎年行い、負担能力に応じて利用者負担額を決定しますので、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。

(五)

- 6 身体障害程度区分の変更をする必要がある場合は、身体障害程度区分の変更の申請をすることができます。
- 7 この証の 1 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。
- 8 支給期間内に、居住地を他の市町村の区域に移すと、この証は使えなくなります。(身体障害者療護施設に入所する場合を除く。)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。

(六)

- 9 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、再交付を受けて下さい。また、再交付を受けた後、失っ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。
- 10 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。
- 11 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 12 この証に記載されていない身体障害者施設支援については、施設訓練等支援費の支給は受けられません。

知的障害者施設支援 施設受給者証 (案)

(四)

注意事項

- 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 指定施設支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。
- 3 指定施設支援を受けるときに支払う金額は、利用者負担額欄に記載された金額です。
- 4 支給期間を経過したときは、施設訓練等支援費の支給を受けられませんので、支給期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、施設訓練等支援費の支給の再申請をしてください。
- 5 利用者負担額については、負担能力の認定を毎年行い、負担能力に応じて利用者負担額を決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係

(五)

- 書類を市町村に提出してください。
- 6 知的障害程度区分の変更をする必要がある場合は、知的障害程度区分の変更の申請をすることができます。
 - 7 この証の1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。
 - 8 支給期間内に、居住地を他の市町村の区域に移すと、この証は使えなくなります。
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

(六)

- ください。
- 9 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、再交付を受けて下さい。
また、再交付を受けた後、失っ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。
 - 10 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。
 - 11 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
 - 12 この証に記載されていない知的障害者施設支援については、施設訓練等支援費の支給は受けられません。

(身体障害者 知的障害者 児童) 居宅支援
居宅介護契約内容 (居宅受給者証記載事項) 報告書

平成 年 月 日

〒 -
〇市 (町・村)

〇〇市 (町村) 長 様

事業者番号									
事業者及びその事業所の名称 代表者									

下記のとおり当事業者との契約内容 (居宅受給者証記載事項) について報告します。

記

報告対象者

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			

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の事業者記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を変更した日)	理由
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更

(身体障害者 知的障害者 児童) 居宅支援
 デイサービス契約内容 (居宅受給者証記載事項) 報告書

平成 年 月 日

〒 -
○市 (町・村)

○○市 (町村) 長 様

事業者番号

事業者及び
その事業所
の名称
代表者

下記のとおり当事業者との契約内容 (居宅受給者証記載事項) について報告します。

記

報告対象者

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		

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の 事業者記入欄 の番号	サービス内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を変更した日)	理 由
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約
				<input type="checkbox"/> 2 契約の変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

提供を終了する 事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の 終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2 契約の変更

居宅生活支援費明細書
(居宅介護)

平成		年		月分
----	--	---	--	----

居宅受給者証番号		事業者番号	
支給決定障害者(保護者)氏名		事業者及びその事業所の名称	
支給決定に係る児童氏名			

居宅支援に通常要する費用の額計算欄	サービス内容	サービス単価	数量	サービス計	摘要
当月居宅支援に通常要する費用の額合計				①	

利用者負担額計算欄	利用者負担額単価	数量	利用者負担額計	摘要
	本人分			
	扶養義務者分			
当月利用者負担額合計			②	

居宅生活支援費請求額①—② 円

居宅生活支援費明細書
(デイサービス)

平成		年		月分
----	--	---	--	----

居宅受給者証番号		事業者番号	
支給決定障害者(保護者)氏名		事業者及びその事業所の名称	
支給決定に係る児童氏名			

居宅支援に通常要する費用の額計算欄	サービス内容	サービス単価	数量	サービス計	摘要
当月居宅支援に通常要する費用の額合計				①	

利用者負担額計算欄	利用者負担額単価	数量	利用者負担額計	摘要
	本人分			
扶養義務者分				
当月利用者負担額合計			②	

居宅生活支援費請求額①—② 円

知的障害者地域生活援助居宅生活支援費明細書

事業者番号

平成 年 月分

事業者及びその事業所の名称

居宅受給者証番号	利用者氏名	支援費基準月額 単 価	当月居宅生活 支援費請求額	基準月額単価と当月算定額が異なる場合の積算根拠と理由
小 計				本明細書の小計を記入
当月居宅生活支援費請求額合計				明細書が複数枚となる場合、最終枚に記入

枚中 枚目

