

知的障害者施設訓練等支援 施設受給者証 (案)

(様式第19の1号)

(表面)

(一)			(二)				(三)		
施設受給者証			施設支給決定の内容				指定知的障害者更生施設等の記入欄		
受 給 者	番 号		知的障害者 施設訓練等支援の種類及び内容				指定知的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		施設訓練等支援費 支給期間					入所日 平成 年 月 日	
	フリカナ		知的障害 程度区分					退所日 平成 年 月 日	
	氏 名		利用者負担額	本人	月額	円		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			扶養義務者	月額	円		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 改定 欄	本人	月額	円	市町村認印	(予備欄)	
	氏 名			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							
交付年月日			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						
支給市町村名 及び印			特記事項						

知的障害者施設訓練等支援 施設受給者証 (案)

(裏面)

(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 指定施設訓練等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 指定施設訓練等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訓練等支援については、施設訓練等支援費の支給は受けられません。