

# 1 市町村等事務処理様式（案）目次

（支援費制度担当課長会議資料「1 市町村等の事務について」関係）

様式番号	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		○	1
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		○	2
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		○	3
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		○	4
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		○	5
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		○	6
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		○	7
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		○	8
9	支給量変更申請書【3法共通】	申請者→市町村		○	9
10	支給量変更決定通知書【3法共通】	市町村→申請者		○	10
11	障害程度区分変更申請書【2法共通】	申請者→市町村		○	11
12	障害程度区分変更決定通知書【2法共通】	市町村→申請者		○	12
13	居宅支給決定取消通知書【3法共通】	市町村→申請者		○	13
14	施設支給決定取消通知書【2法共通】	市町村→申請者		○	14
15	居宅受給者証【身体障害者用】	市町村→受給者	○		15
16	居宅受給者証【知的障害者用】	市町村→受給者	○		24
17	居宅受給者証【児童用】	市町村→受給者	○		28
18	施設受給者証【身体障害者用】	市町村→受給者	○		31
19	施設受給者証【知的障害者用】	市町村→受給者	○		33
20	居宅生活支援 居宅介護 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		○	35

21	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	○		36
22	居宅生活支援費明細書（居宅介護 デイサービス）【3法共通】	事業者→市町村	○		37
23	居宅生活支援費明細書（短期入所）【3法共通】	事業者→市町村	○		38
24	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	○		39
25	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	○		40
26	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		○	41
27	デイサービス提供実績記録票【3法共通】	事業者→市町村		○	42
28	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		○	43
29	居宅生活支援費支給管理台帳【3法共通】	市町村		○	44
30	施設訓練等支援費支給管理台帳【2法共通】	市町村		○	53

【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) ○○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					
	フリガナ	-----			生年月日	昭和・平成		年	月	日
	支給申請に係る児童氏名				性別	男・女	続柄			
	支給申請に係る扶養義務者氏名				居住地					続柄
	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									

(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	区分	支給量	利用者負担額
			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			

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) 障害福祉課  
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

〒 -  
○市 (町・村)  
  
○○ ○○ 様

○○市 (町村) 長



(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	区分	支給量	利用者負担額
			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			

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、○○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

○○市 (町村) 障害福祉課  
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	
障害程度区分	
利用者負担額 (本人)	
利用者負担額 (扶養義務)	

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) 障害福祉課  
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

〒 -  
○市 (町・村)  
  
○○ ○○ 様

○○市 (町村) 長



(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 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			
障害程度区分			
利用者負担額 (扶養義務者)			
利用者負担額 (本人)			

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、○○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

○○市 (町村) 障害福祉課  
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) 障害福祉課  
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)〇〇市(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					
申請者名	印									
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									

(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を添付してください。

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			
	金融機関コード		店舗コード		口座番号		
	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 印

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支払額	円		
基準該当居宅支援の種類			
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			

振込先			
金融機関			
口座種目	1 普通	2 当座	3 その他
口座番号			
口座名義人			

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) 障害福祉課  
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 昭和	大正 平成	年 月 日		
	氏名			性別	男・女			
	居住地							
サービス 利用 の 状 況	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日				
	支給決定に係る 児童氏名			性別	男・女	続柄		
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 5			
	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							

(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)障害福祉課に提出してください。

提出先 〇〇市(町村)障害福祉課  
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。