

知的障害者居宅支援 居宅受給者証 (案)

受給者氏名、支給市町村名等の欄 (1ページ)

| 居宅受給者証 | | |
|------------------------------------|------|-----------------------|
| 受 給 者 | 番 号 | |
| | 居住地 | |
| | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 男・女 |
| 居宅 支給 決定 に係る 扶養 義務者 | 居住地 | |
| | 氏 名 | |
| 交 付 年 月 日 | | |
| 支給市町村名 及び印 | | |

知的障害者居宅支援 居宅受給者証 (案)

居宅支給決定の内容欄 (2~3 ページ)

| 居宅支給決定の内容 | |
|-----------|---------------------------|
| 居宅介護 | 支給期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |
| | 支給量 |
| | 利用者負担額 (本人) |
| | 利用者負担額 (扶養義務者) |
| デイサービス | 支給期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |
| | 支給量 |
| | 利用者負担額 (本人) |
| | 利用者負担額 (扶養義務者) |

2

| 居宅支給決定の内容 | |
|-----------------|---------------------------|
| 短期入所 | 支給期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |
| | 支給量 |
| | 利用者負担額 (本人) |
| | 利用者負担額 (扶養義務者) |
| 知的障害者 地域生活援助 | 支給期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |
| | 支給量 |
| 特記事項欄 | |
| (予備欄) | |

3

知的障害者居宅支援 居宅受給者証 (案)

知的障害者地域生活援助事業者記入欄 (17 ページ)

| 知的障害者地域生活援助事業者記入欄 | | |
|-------------------|-----------------|------------|
| 事業者及びその 事業所の名称 | 入居日・退居日 | 事業者 確認印 |
| | 入居日 平成 年 月 日 | |
| | 退居日 平成 年 月 日 | |
| | 入居日 平成 年 月 日 | |
| | 退居日 平成 年 月 日 | |
| | 入居日 平成 年 月 日 | |
| | 退居日 平成 年 月 日 | |
| | 入居日 平成 年 月 日 | |
| | 退居日 平成 年 月 日 | |

17

知的障害者居宅支援 居宅受給者証 (案)

居宅受給者証の注意事項欄 (19~20ページ)

注 意 事 項

- 1 この証は、各ページをよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定居宅支援又は基準該当居宅支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定居宅支援事業者又は基準該当居宅支援事業者に提示してください。
- 3 居宅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、居宅生活支援費及び特例居宅生活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、居宅生活支援費の支給の再申請をしてください。
- 5 支給量の変更をする必要がある場合は、支給量の変更の申請をすることができます。
- 6 この証の1ページ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。

19

- 7 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)に届け出てください。
- 8 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。
- 9 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。
- 10 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- 11 この証に記載されていない知的障害者居宅支援については、居宅生活支援費及び特例居宅生活支援費の支給は受けられません。

20

児童居宅支援 居宅受給者証 (案)

受給者氏名、支給市町村名等の欄 (1ページ)

| 居宅受給者証 | | |
|--------------------|------|-----------------------|
| 受給者 | 番号 | |
| | 居住地 | |
| | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 男・女 |
| 児童 居宅支給決定に係る | フリガナ | |
| | 氏名 | |
| | 生年月日 | 明治 大正 昭和 平成 年 月 日 男・女 |
| 扶養義務者 居宅支給決定に係る | 居住地 | |
| | 氏名 | |
| 交付年月日 | | |
| 支給市町村名及び印 | | |

(様式番号 17-2)

児童居宅支援 居宅受給者証 (案)

居宅支給決定の内容欄 (2~3ページ)

| 居宅支給決定の内容 | |
|-----------|---------------------------|
| 居宅介護 | 支給期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |
| | 支給量 |
| | 利用者負担額 (本人) |
| | 利用者負担額 (扶養義務者) |
| | 支給期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |
| デイサービス | 支給量 |
| | 利用者負担額 (本人) |
| | 利用者負担額 (扶養義務者) |
| | |

2

| 居宅支給決定の内容 | |
|-----------|---------------------------|
| 短期入所 | 支給期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで |
| | 支給量 |
| | 利用者負担額 (本人) |
| | 利用者負担額 (扶養義務者) |
| 特記事項欄 | |
| 予備欄 | |

3

児童居宅支援 居宅受給者証 (案)

居宅受給者証の注意事項欄 (18~19ページ)

注 意 事 項

- 1 この証は、各ページをよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定居宅支援又は基準該当居宅支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定居宅支援事業者又は基準該当居宅支援事業者に提示してください。
- 3 居宅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、居宅生活支援費及び特例居宅生活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、居宅生活支援費の支給の再申請をしてください。
- 5 支給量の変更をする必要がある場合は、支給量の変更の申請をすることができます。
- 6 この証の1ページ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。

18

- 7 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)に届け出てください。
- 8 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。
- 9 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。
- 10 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- 11 この証に記載されていない児童居宅支援については、居宅生活支援費及び特例居宅生活支援費の支給は受けられません。

19

身体障害者施設支援 施設受給者証 (案)

(表面)

| 施設受給者証 | | 施設支給決定の内容 | | 指定身体障害者施設更生施設等の記入欄 | |
|-----------|----------|--------------|-------------------------------------|--------------------|----------|
| 番号 | | 身体障害者施設支援の種類 | | 指定身体障害者施設等の名称 | |
| 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 | | 身体障害程度区分 | | 退所日 | 平成 年 月 日 |
| 氏名 | | 利用者負担額 | 本人 月額 円 扶養義務者 月額 円 平成 年 月 日から | 入所日 | 平成 年 月 日 |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 | 利用者負担額 | 本人 月額 円 扶養義務者 月額 円 平成 年 月 日から | 退所日 | 平成 年 月 日 |
| 居住地 | | 利用者負担額 | 本人 月額 円 扶養義務者 月額 円 平成 年 月 日から | (予備欄) | |
| 氏名 | | 利用者負担額 | 本人 月額 円 扶養義務者 月額 円 平成 年 月 日から | | |
| 交付年月日 | | 特記事項 | | | |
| 支給市町村名及び印 | | | | | |

(三)

身体障害者施設支援 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が、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 身体障害程度区分の変更を必要がある場合は、身体障害程度区分の変更の申請をすることができません。
- 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は除く。)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

(六)

市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。

- 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つたときは、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、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- 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)

(表面)

| 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 | 知的障害者施設支援の種類 | 本人月額 | 入所日 | 施設確認印 |
| | 居住地 | 施設訓練等支援費支給期間 | 扶養義務者月額 | 平成 年 月 日 | |
| 者 | フリカナ | 知的障害程度区分 | 平成 年 月 日から | 退所日 | |
| | 氏名 | 利用者負担額 | 本人月額 | 平成 年 月 日 | |
| 扶養義務者 | 生年月日 | 本人月額 | 扶養義務者月額 | 入所日 | |
| | 居住地 | 本人月額 | 本人月額 | 平成 年 月 日 | |
| 施設支給決定に係る | 氏名 | 扶養義務者月額 | 本人月額 | 退所日 | |
| | 氏名 | 本人月額 | 扶養義務者月額 | 平成 年 月 日 | |
| 交付年月日 | | 平成 年 月 日から | 本人月額 | | |
| 支給市町村名及び印 | | 平成 年 月 日から | 扶養義務者月額 | | |
| 特記事項 | | | | (予備欄) | |

(三)

知的障害者施設支援 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せん。
- 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ます。
- 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つたときは、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、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- 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 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

| 事業者記入欄の番号 | 区分 | 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 (新たな欄への記載) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 (新たな欄への記載) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 (新たな欄への記載) |
| | | | | <input type="checkbox"/> 1 新規契約 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 (新たな欄への記載) |

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支給量 | 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 (新たな欄への記載) |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 (新たな欄への記載) |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 (新たな欄への記載) |
| | | | <input type="checkbox"/> 1 契約の終了 |
| | | | <input type="checkbox"/> 2 契約の変更 (新たな欄への記載) |

様式第〇 (第〇条関係)

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 請求書

(あて先) 〇〇市 (町・村) 長

| | | | | | | | | | | |
|------|----|--|--|----|--|--|---|--|--|---|
| 請求金額 | 十億 | | | 百万 | | | 千 | | | 円 |
|------|----|--|--|----|--|--|---|--|--|---|

| | | | | | | | |
|-------------|--------|--|---|--|-------|----|--|
| た だ し | 平成 | | 年 | | 月分 | | |
| | 請求支援費名 | | | | 明細書件数 | 金額 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 合 計 | | | | | | |

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

住所 (所在地) 〒

名 称

電話番号

職・氏 名

印

口座振込欄

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|------|--|-----------------|--|--|--|----------|--------------|----------|--|--|--|--|
| 金融機関名 | | | | 支店名 | | | | | | | | | | |
| 金融機関 コード 番号 | | | | 支店 コード 番号 | | | | 預金 科目 | 1 普通 2 当座 | 口座 番号 | | | | |
| 口座名義 | | フリガナ | | | | | | | | | | | | |

様式第〇(第〇条関係)

居宅生活支援費明細書
(居宅介護 デイサービス)

| | | | | |
|----|--|---|--|----|
| 平成 | | 年 | | 月分 |
|----|--|---|--|----|

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

| 居宅生活支援費基準額計算欄 | サービス内容 | サービス単価 | 数量 | 単位 | サービス計 | 摘要 | |
|---------------|----------------|--------|----|----|-------|----|--|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 当月居宅生活支援費基準額合計 | | | | | ① | |

| 利用者負担額計算欄 | 利用者負担額基準単価 | 数量 | 単位 | 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 | | | | |

| | |
|---------------|---|
| 居宅生活支援費請求額①—② | 円 |
|---------------|---|

様式第〇 (第〇条関係)

居宅生活支援費明細書
(短期入所)

| | | | | |
|----|--|---|--|----|
| 平成 | | 年 | | 月分 |
|----|--|---|--|----|

| | |
|----------------|--|
| 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 | |

| | |
|---------------|--|
| 事業者及びその事業所の名称 | |
|---------------|--|

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|---------|----|----|----|----|----|----|----|
| 決定支給量 | | | | | | | | | | |
| 提供量 | | | | | | | | | | |
| | | | サービス提供日 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| | | | | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 |
| | | | | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 |
| | | | | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 |
| | | | | 29 | 30 | 31 | | | | |

| | | | | | | |
|---------------|----------------|--------|----|----|-------|----|
| 居宅生活支援費基準額計算欄 | サービス内容 | サービス単価 | 数量 | 単位 | サービス計 | 摘要 |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | 当月居宅生活支援費基準額合計 | | | | | ① |

| | | | | | |
|-----------|------------|----|----|---------|----|
| 利用者負担額計算欄 | 利用者負担額基準単価 | 数量 | 単位 | 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 | | | | |

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

| | | | | | |
|----|--|---|--|----|---------------|
| 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 |
|--|----|--|----|

施設訓練等支援費明細書

（身体障害者更生施設 身体障害者療護施設 知的障害者授産施設 知的障害者通動寮 心身障害者福祉協会の設置する福祉施設）

| | | | | | |
|----|-------|---|-------|----|-------|
| 平成 | | 年 | | 月分 | |
|----|-------|---|-------|----|-------|

| | |
|---------|--|
| 指定施設の名称 | |
|---------|--|

| 施設受給者証番号 | 利用者氏名 | 支援費基準月額 | | 利用者負担基準月額 | | 利用者負担基準月額 | | 当月施設訓練等 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 |
|-----------------|-------|---------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-------------------|----------------------------|
| | | 単価 | 当月算定額 | 単価 | 当月算定額 | 単価 | 当月算定額 | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 小計 | | | | | | | | | 本明細書の小計を記入 |
| 当月施設訓練等支援費請求額合計 | | | | | | | | | 明細書が複数枚となる場合、最終枚に記入 |

| | | | |
|-------|----|-------|----|
| | 枚中 | | 枚目 |
|-------|----|-------|----|