

《参考》：支給決定に係る様式一覧

※様式は市町村によって異なる場合があります。

様式を使用される場合は提出先の市町村にお問い合わせく

ださい。

- 様式 01：申請書
- 様式 02：決定通知書
- 様式 03：障害支援区分認定通知書
- 様式 04：却下決定通知書
- 様式 05：特例申請書
- 様式 06：特例決定書
- 様式 07：変更申請書
- 様式 08：変更決定通知書
- 様式 09：障害支援区分認定変更通知書
- 様式 10：決定取消書
- 様式 11：障害福祉サービス受給者証
- 様式 12：地域相談支援受給者証
- 様式 13：療養介護受給者証
- 様式 14：申請内容変更届出書
- 様式 15：受給者証再交付申請書
- 様式 16：サービス等利用計画案提出依頼書
- 様式 17：計画相談支援給付費申請書
- 様式 18：計画相談支援変更届出書
- 様式 19：計画相談支援給付費支給決定（却下）通知書
- 様式 20：モニタリング期間変更通知書
- 様式 21：計画相談支援給付費支給取消通知書
- 様式 22：高額障害福祉サービス費等支給申請書
- 様式 23：高額障害福祉サービス費支給（不支給）通知書
- 様式 25：障害支援区分認定証明書
- 様式 26：契約内容（障害福祉サービス受給者証記載事項）報告書
- 様式 27：勘案事項整理票

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 (例)

〇〇市(町村)長 様
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 氏名	生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日
	個人番号:					
	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
	個人番号:	続柄				
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名
被保険者証の記号及び番号 (※)			保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)						有・無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等					
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度		要支援()・要介護	1 2 3 4 5
		利用中のサービスの種類と内容等					

申請する サービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載する。 </div>
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
		<input type="checkbox"/> 同行援護		
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 短期入所		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
		/	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
居住系	居住系	/	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
地域相談支援	地域相談支援	/	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) ※	
			<input type="checkbox"/> 施設入所支援	
			<input type="checkbox"/> 地域移行支援	
			<input type="checkbox"/> 地域定着支援	

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、〇〇市（町・村）から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費) 支給 (給付) 決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等決定通知書 (例)

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

平成 年 月 日に申請のありました((介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)の支給) (及び) (利用者負担額減額・免除等) について、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第22条 (及び) 第29条) (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第34条) (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の7及び第51条の14)の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
------------------------	--	----------------------	--

支給 (給付) 決定障害者 (保護者) 氏名		支給決定に係る 児童氏名	
---------------------------	--	-----------------	--

障害支援 区分		支給 (給付) 決定年月日		障害支援区分の 有効期間	
------------	--	------------------	--	-----------------	--

支給 (給付) 決定 内容	サービスの種類	支援の内容及び支給 (給付) 量	有効期間
	特記事項		

利用者負担上限月額		円	左の上限月額の 適用期間	
特定障害者特別給付費 (施設入所支援)	日額	円	左の給付費の 適用期間	
特定障害者特別給付費 (共同生活援助・ 重度障害者等包括支援)	月額	円	左の給付費の 適用期間	

療養介護医療	公費負担者番号				公費受給者番号			
	療養介護医療 (食事療養 (生活療養) を除く) の負担上限月額	月額		円	食事療養 (生活療養) の負担上限月額	月額		円
	上限額の適用期間							

不服申立て及び取消訴訟

- 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日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に〇〇市 (町村) を被告として (訴訟において〇〇市 (町村) を代表する者は〇〇市 (町村) 長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後 (次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。) でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

〇〇市 (町村) △△△課

住所

電話番号

障害支援区分認定通知書 (例)

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

平成 年 月 日付けの支給申請に基づき、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第21条の規定により、下記のとおり障害支援区分の認定を行ったので通知します。

記

氏 名		認定年月日	
-----	--	-------	--

障 害 支 援 区 分	①区分 () ②非該当
	理由

障 害 支 援 区 分 の 認 定 の 有 効 期 間	
-----------------------------	--

(留意事項)
1 上記の障害支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。
2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をすることがあります。
3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

不服申立て及び取消訴訟

- 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日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に〇〇市 (町村) を被告として (訴訟において〇〇市 (町村) を代表する者は〇〇市 (町村) 長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後 (次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときに除く。) でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先 〇〇市 (町村) △△△△課 住所 電話番号

却下決定通知書（例）

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

平成 年 月 日に申請のありました（（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）の支給）（及び）（利用者負担額減額・免除等）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 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日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に〇〇市（町村）を被告として（訴訟において〇〇市（町村）を代表する者は〇〇市（町村）長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

〇〇市（町村）△△△△課

住所

電話番号

(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費) 支給申請書 (例)

【平成 年 月分】

〇〇市 (町村) 長 様

平成 年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて (特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費) の支給を申請します。

フリガナ			障害福祉サービス受給者証番号		
申請者氏名	個人番号:				
			地域相談支援受給者証番号		
申請者生年月日	明・大・昭・平 年 月 日				
居住地					
フリガナ			生年月日	昭和 平成 年 月 日	続柄
支給決定に係る児童氏名	個人番号:				
特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費請求額				円	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ氏名		申請者との関係	
住所	〒		
	電話番号		

上記に関する (特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費) 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			

(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。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考

(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費) 支給
(不支給) 決定通知書 (例)

〒	—
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



平成 年 月 日に申請のありました (特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費) の支給について (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第30条 第35条 第51条の15) の規定に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証番号		地域相談支援 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
(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域 相談支援給付費) 申請額	円		
支給 (給付) 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			

不服申立て及び取消訴訟

- 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日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に〇〇市 (町村) を被告として (訴訟において〇〇市 (町村) を代表する者は〇〇市 (町村) 長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後 (次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。) でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

〇〇市 (町村) △△△△課

住所

電話番号

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書 (例)

〇〇市(町村)長 様
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 氏名	生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日	
	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
	続柄							
身体障害者 手帳番号	療育手帳 番号	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾病名					
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)						

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効 期間	
	利用中のサービスの種類と内容等						
介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ()	要介護	1 2 3 4 5	
	利用中のサービスの種類と内容等						

変更の理由	
-------	--

区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
	介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載する。 </div>
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 同行援護		
	<input type="checkbox"/> 行動援護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	
居住系		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	※	

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、〇〇市（町・村）から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

住所	〒 電話番号
----	-------------------

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書 (例)

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

平成 年 月 日に申請のありました((介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) の支給
変更) (及び) (利用者負担額減額・免除等の変更) について、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援
するための法律第22条 (及び) 第29条) (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第
34条) の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受 給 者 証 番 号		支給決定障害者 (保護者) 氏 名	
変 更 年 月 日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
変 更 の 内 容	変更前		
	変更後		

受給者証を〇〇市 (町村) △△△△課に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、
不要です。

提出先 〇〇市 (町村) △△△△課 住 所

電話番号

提出期限 平成 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- 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日以内に〇〇県
知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、
口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月
以内に〇〇市 (町村) を被告として (訴訟において〇〇市 (町村) を代表する者は〇〇市 (町村) 長となり
ます。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後 (次
の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。) でなければ提起することができないこととされてい
ます。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

〇〇市 (町村) △△△△課 住 所

電話番号

障害支援区分変更認定通知書 (例)

文 書 番 号

平成 年 月 日

〒 -
〇市 (町・村)
〇〇 〇〇 様

〇〇市 (町村) 長



平成 年 月 日付けの (支給申請 支給決定の変更申請) に基づき (障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第21条 第24条) の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

受 給 者 証 号		支給決定障害者氏名	
認 定 年 月 日			

障 害 支 援 区 分	変更前	①区分 () ②非該当
	変更後	①区分 () ②非該当
	理由	
障 害 支 援 区 分 の 認 定 の 有 効 期 間		

(留意事項)

- 1 変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定 (の変更) を行います。
- 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。
- 3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

不服申立て及び取消訴訟

- 1 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日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に〇〇市 (町村) を被告として (訴訟において〇〇市 (町村) を代表する者は〇〇市 (町村) 長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後 (次の (1) から (3) までのいずれかに該当するときは除く。) でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

〇〇市 (町村) △△△課

住所

電話番号

支給（給付）決定取消通知書（例）

〒
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

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第25条第1項及び第51条の10第1項の規定により、下記のとおり支給（給付）決定を取り消しましたので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
支給(給付)決定障害者 (保護者)氏名		支給決定に係る 児童氏名	
支給（給付） 決定取消日			
取消理由			

受給者証を〇〇市（町村）△△△△課に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 〇〇市（町村）△△△△課 住所

電話番号

返還期限 平成 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- 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日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に〇〇市（町村）を被告として（訴訟において〇〇市（町村）を代表する者は〇〇市（町村）長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

〇〇市（町村）△△△△課

住所

電話番号

(様式第 1 1 号)

(一)

障害福祉サービス受給者証	
受給者証番号	
支給決定障害者等	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日 年 月 日
児童	フリガナ
	氏名
生年月日	
障害種別	1 2 3 4 5 ※
交付年月日	平成 年 月 日
支給市町村名及び印	※番号(4又は5)、難病等対象者又は政令で定めている疾病名等を記入(市町村の判断による。) ※番号を記入している市町村で国保連支払システムと連動している場合は「5」になることに留意

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
予備欄	

(三)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

(四)

訓練等給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
予備欄	

(五)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円/日
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円/月
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
予備欄	

(六)

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

(七)

番号		訪問系サービス事業者記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容		事業者確認印	
	契約支給量	月 時間 分		
	契約日	平成 年 月 日		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
2	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容		事業者確認印	
	契約支給量	月 時間 分		
	契約日	平成 年 月 日		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
3	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容		事業者確認印	
	契約支給量	月 時間 分		
	契約日	平成 年 月 日		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			

(八)

番号		訪問系サービス事業者記入欄		
4	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容		事業者確認印	
	契約支給量			
	契約日	平成 年 月 日		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
5	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容		事業者確認印	
	契約支給量			
	契約日	平成 年 月 日		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
6	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容		事業者確認印	
	契約支給量			
	契約日	平成 年 月 日		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			

(九)

短期入所事業者実績記入欄					
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日 数	月 累 計	事業者 確認印
1		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
2		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
3		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
4		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
5		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
6		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
7		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
8		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
9		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
10		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
11		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
12		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			

(十)

番号	生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援事業者記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(／月)	日	
	契 約 日	平成 年 月 日	
2	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
3	契約支給量(／月)	日	
	契 約 日	平成 年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(十一)

療養介護・共同生活援助・ 施設入所支援事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日	事業者 確認印
1		入所(居)日 平成 年 月 日	
		退所(居)日 平成 年 月 日	
2		入所(居)日 平成 年 月 日	
		退所(居)日 平成 年 月 日	
予備欄			

(十二)

注意事項欄

- 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 指定障害福祉サービス等又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
- 5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、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。
- 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

(十三)

注意事項欄

- 7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。(サービスの種類によっては、障害支援区分の(変更)認定を受ける必要があります。)
- 8 この証の一、六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。
- 9 支給決定期間内に、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、支給決定期間内に、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。
- 10 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、再交付を受けてください。
また、再交付を受けた後、紛失し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。
- 11 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。
- 12 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。
- 13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。

(様式第12号)

(一)

地域相談支援受給者証	
受給者証番号	
地域相談支援給付決定障害者	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日
障害種別	1 2 3 4 5 ※
交付年月日	平成 年 月 日
支給市町村名及び印	※番号(4又は5)、難病患者等又は政令で定めている疾病名等を記入(市町村の判断による。) ※番号を記入している市町村で国保連支払システムと連動している場合は「5」になることに留意

(二)

地域相談支援給付費の給付決定内容	
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
予備欄	

(三)

一般相談支援事業者記載欄			
提供する地域相談支援の種類	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日	事業者 確認印
		契約日 平成 年 月 日 サービス提供終了日 平成 年 月 日	
		契約日 平成 年 月 日 サービス提供終了日 平成 年 月 日	
予備欄			

申請内容変更届出書 (例)

〇〇市(町村)長 様

平成 年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ 支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名	個人番号:	生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号			
フリガナ 支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号:	続柄	生年 月日	昭和・平成 年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給(給付)決定障害者等(本人)	<input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ 氏 名		本人と の関係	
住 所	〒 電話番号		

変更事項 (該当に○を して下さい。)	支給(給付)決定障 害者等に関するこ と	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書（例）

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

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（第22条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項）・児童福祉法（第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。

・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援・障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要。

提出先 〇〇市（町村）△△△△課 住所

電話番号

提出期限 平成 年 月 日

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書（例）

〇〇市（町村）長 様

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 氏名	個人番号：	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	居住地	〒 電話番号		
申請に係る 児童氏名	フリガナ	個人番号：	生年月日	昭和・平成 年 月 日
			続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名		申請者 との関係	
住所	〒 電話番号		

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書（例）

〇〇市（町村）長 様

次のとおり届け出します。

届出年月日 平成 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ 氏名		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	居住地	〒 電話番号		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日
			続柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ 事業所名	
住所	〒 電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 平成 年 月 日

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書（例）

文 書 番 号
平成 年 月 日

〒 -
〇市（町・村）

〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長



障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項・児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
通所受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る 児童氏名	
支給の可否	可 ・ 否		
支給 する	支給期間	平成 年 月 ~ 平成 年 月	
	モニタリング 期間		
支給 しない	支給しない 理由		

不服申立て及び取消訴訟

- 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。なお、異議申立てをした場合には、〇〇市町村長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分 of 取消しを求める訴えは、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内限り、市町村を被告として（訴訟において市町村を代表する者は市町村長となります。）提起することができます（なお、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分 of 日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分 of 取消し of 訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分 of 取消し of 訴えは、その異議申立てに対する決定 of 送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定 of 送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定 of 日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分 of 取消し of 訴えを提起することができなくなります。）。

問い合わせ先 〇〇市(町村)△△△△課 住所

電話番号

モニタリング期間変更通知書 (例)

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

継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

記

障害福祉サービス 受 給 者 証 番 号		地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号	
通所受給者証番号			
変更に係る障害者 (保 護 者)		変 更 に 係 る 児 童 氏 名	
変 更 後 の モニタリング期間			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証の提出期限 及び提出先		提出先 :	
		提出期限 : 平成 年 月	

(様式第 2 1 号)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書 (例)

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

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第 5 1 条の 1 7 第 1 項・児童福祉法第 2 4 条の 2 6 第 1 項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号	
通所受給者証番号			
支給取消に係る 障害者 (保護者)		支給取消に係る 児童氏名	
支給取消日	平成 年 月 日		
取消理由			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証提出先及び 提出期限	提出先 : 提出期限 : 平成 年 月		

表の書式変更

不服申立て及び取消訴訟

- 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。なお、異議申立てをした場合には、〇〇市町村長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内に限り、市町村を被告として (訴訟において市町村を代表する者は市町村長となります。) 提起することができます (なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して 1 年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して 60 日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内であれば、提起することができます (なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して 1 年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

問い合わせ先

〇〇市 (町村) △△△課

住所

電話番号

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書 (例)

〇〇市 (町村) 長 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

フリガナ 申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	個人番号 :	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法									
		制度	受給者証番号・被保険者証番号								
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年	月	日							
居住地	〒 電話番号										
フリガナ 支給決定に 係る児童氏名	続柄										
	生年月日	昭和・平成	年	月	日						
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額				申請に係るサービス利用月		年 月分					
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額											
同一世帯に属する他の 支給決定障害者	氏名	生年月日		①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法							
	個人番号 :			制度	受給者証番号・被保険者証番号						
	個人番号 :										
	個人番号 :										

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- (注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 9 その他							
	フリガナ 口座名義人									

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ 氏名		申請者 との関係	
住所	〒 電話番号		

高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（例）

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

平成 年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第76条の2に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障害者（保護者）氏名		受給者証番号												
支給決定に係る児童氏名														

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係るサービス利用月	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給の理由			

振込先	金融機関											
	口座種目											
	口座番号											
	口座名義人											

不服申立て及び取消訴訟

- 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日以内に〇〇県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、〇〇県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に〇〇市（町村）を被告として（訴訟において〇〇市（町村）を代表する者は〇〇市（町村）長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

〇〇市（町村）△△△△課

住所

電話番号

(表面)

障害支援区分認定証明書												
障害支援区分認定者	申請番号											
	フリガナ											
	氏名											
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生	男・女						
	住所											
	転出予定先 (市区町村名まで)											
	異動予定日	平成	年	月	日							
<p>上記の者は、次のとおり本市(町村)において障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害支援区分の認定を受けている者であることを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">〇〇市町村長</p>												
				申請年月日	平成	年	月	日				
障害支援区分				認定年月日	平成	年	月	日				
認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで有効											
市町村審査会の意見等												
備考												

※裏面に注意事項を記入。

(裏面)

注意事項

- 1 この障害支援区分認定証明書は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律の障害支援区分認定について、転出先の市町村で、あらためて認定調査等を受けることなく障害支援区分認定を受けることが可能になるように〇〇市(町村)が交付したもので、障害支援区分認定結果等を通知するものではありません。したがって、この証で障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービスの支給を受けることはできません。
- 2 住所を異動した際は、直ちに転入先の市(町村)の窓口で転入の届け出をし、必ずこの証明書を提出して障害福祉サービスの利用の申請をしてください。
転入先の市町村で改めて支給決定を受けるまでは原則として転入後に利用した障害福祉サービスの給付は受けられません。緊急に利用が必要な場合は転入先市町村にご相談ください。
- 3 住所を異動した先の市(町村)が、新たに障害福祉サービスにかかる給付の実施主体となります。
- 4 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、異動予定日が過ぎてから住所を異動するまでに利用した障害福祉サービスの給付が一部受けられなくなることがありますので、予定が変わった場合は(転出前の市町村に)ご相談ください。

勘案事項整理票 (例)

氏名：		
障害の種類及び程度	身体障害者福祉手帳 療育手帳 精神保健福祉手帳 疾病名	(記載内容)
	障害支援区分	(区分) 非該当 1 2 3 4 5 6 (認定有効期間) 年 月 日～ 年 月 日
その他の心身の状況		
介護を行う者の状況	氏名： 本人との続柄： 年齢： 性別： 心身の状況： 生活状況等：(就労状況等を記入)	
介護給付費等又は地域相談支援給付費等の受給状況、障害児通所支援又は指定入所支援の利用状況	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
	サービスの種類： (支給量) (支給決定期間) 年 月 日～ 年 月 日	
介護保険給付に係る居宅サービスの利用の状況	(要介護度) 非該当 支1 2 介1 2 3 4 5 サービスの種類：	
他の保健医療サービス又は福祉サービス等の利用状況		

障害福祉サービス又は地域相談支援の利用に関する意向の具体的内容	利用目的等：
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；
当該申請に係るサービスの提供体制の整備の状況	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；
	申請サービスの種類： 申請の具体的内容；
当該障害者等の置かれている環境	サービスの種類： 利用予定事業者：
	サービスの種類： 利用予定事業者：
	サービスの種類： 利用予定事業者：
備考	