

障害児施設受給者証等について

平成18年8月24日(木)

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 障害福祉課

障害児施設受給者証について

留意事項

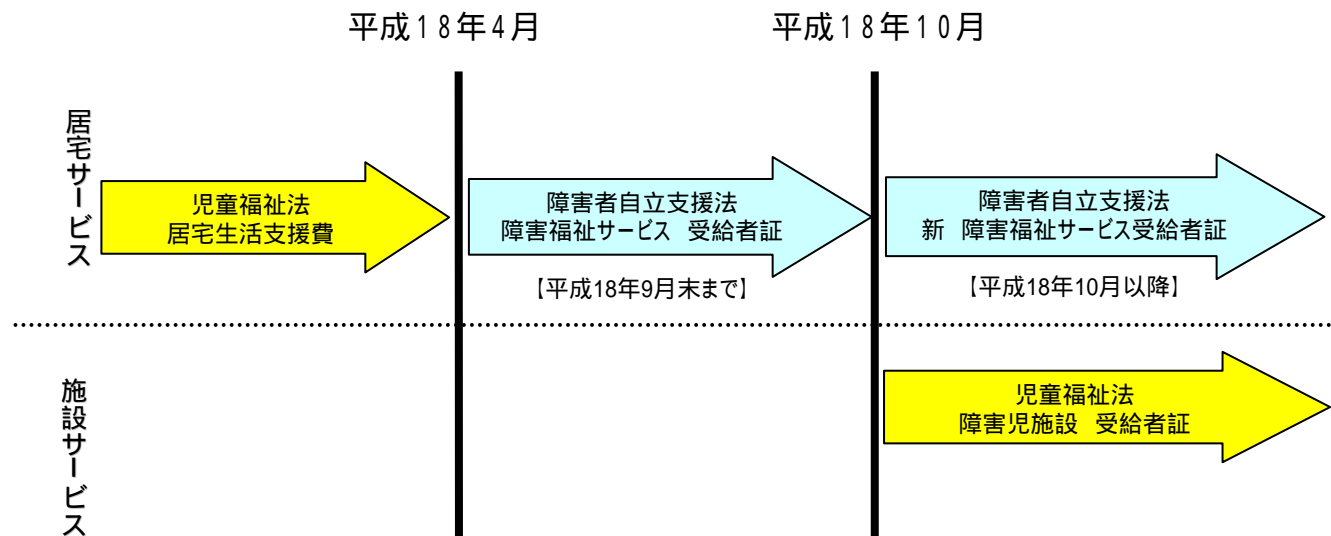
受給者証は、証一枚につき一つの番号を使用する。

施設給付決定保護者が複数の障害児(18才未満)に係る給付決定を受ける場合、各々の障害児に係る受給者証を交付する。(複数受給者証を交付する。)

受給者証番号は各障害児の受給者証毎に異なる番号を使用する。

一障害児(過齡児を含む。)が障害者自立支援法に基づくサービスと児童福祉法のサービスを併給する場合、各法毎の受給者証を交付する。

医療型障害児施設の給付決定を行った場合は、当該受給者証に加えて「障害児施設医療受給者証」を交付する。



障害児施設受給者証の記載事項

(第1面)

障害児施設受給者証	
受給者証番号	
施設給付決定保護者	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日
障害児	フリガナ
	氏名
	生年月日
交付年月日	
支給都道府県又は市の名称及び印	

「受給者証番号」

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

1桁目から9桁目 都道府県で任意の番号を使用する。

10桁目 検証番号(モジュラス10 ウェイト2 - 1分割 M10W21)

同一実施機関内で重複した番号は使用しないこと。

「施設給付決定保護者」

障害児施設給付費等の給付決定保護者の居住地、氏名、生年月日を記載する。

過齢児の場合、本欄は過齢児の居住地、氏名等を記載する。

「障害児」

障害児(過齢児を含む。)の氏名、生年月日を記載する。

「交付年月日」

受給者証の交付を行った日を記載する。

「支給都道府県又は市の名称及び印」

・都道府県(指定都市又は児童相談所設置市の場合は市。以下「市」という。)番号、都道府県(市)の名称、住所及び担当窓口の連絡先電話番号を記載する。同欄に押印する印は、都道府県知事(市長)又は都道府県(市)印とする。

・なお、児童相談所又は福祉事務所に事務を委任している場合の同欄に押印する印について、当該児童相談所長印若しくは福祉事務所長印とするか、又は都道府県知事(市長)印とするかは都道府県(市)の判断による。

・印影印刷により処理することも可。

障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費(補足給付)の給付決定内容欄

(第1面)

施設給付決定の内容			
施設支援の種類 及び内容			
給付決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
特定入所障害児食費等給付費の支給内容			
支給額			
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
利用者負担に関する事項			
利用者負担 割合(原則)	1割	負担上限月額	
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
社会福祉法人等による軽減措置の適用			
軽減適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
特記事項			

「施設支援の種類及び内容」
 給付決定を行った障害児施設支援の種類及び給付決定時に決定(確認)する加算について記載する。
 詳細については次頁参照

「給付決定期間」
 給付決定の有効期間を記載する。

「支給額」
 給付決定を行った特定入所障害児食費等給付費(補足給付)の日額を記載する。

「適用期間」
 特定入所障害児食費等給付費(補足給付)の支給額の適用期間を記載する。

「特記事項」
 相互利用制度適用の場合、()書等で本来対象となる施設支援を記載する。
 例)知的障害児が肢体不自由児施設を利用する場合
 「施設支援の種類及び内容」欄に 肢体不自由児施設支援
 「特記事項」欄に (知的障害児施設支援)と記載する。

施設支援の種類・給付決定時に決定(確認)する加算の一覧

1 施設支援の種類

2 決定時に決定(確認)する加算の一覧

知的障害児施設

第1種自閉症児施設

第2種自閉症児施設

知的障害児通園施設

盲児施設

ろうあ児施設

難聴幼児通園施設

肢体不自由児施設(入所部)

肢体不自由児施設(通所部)

肢体不自由児療護施設

肢体不自由児通園施設

指定医療機関(肢体不自由児)

重症心身障害児施設

指定医療機関(重症心身障害児)

施設種別	決定(確認)する加算内容				
	幼児(乳幼児)加算	重度加算	強度行動障害加算	重度重複加算	自活訓練加算
知的障害児施設	×				
第1種自閉症児施設	×		×		
第2種自閉症児施設	×				
知的障害児通園施設		×	×	×	×
盲児施設			×		×
ろうあ児施設					
肢体不自由児施設(入所部)					
肢体不自由療護施設	×				
指定医療機関(肢体不自由児)					

利用者負担に関する事項欄

施設給付決定の内容			
施設支援の種類及び内容			
給付決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
特定入所障害児食費等給付費の支給内容			
支給額			
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
利用者負担に関する事項			
利用者負担割合(原則)	1割	負担上限月額	
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
社会福祉法人等による軽減措置の適用			
軽減適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
特記事項			

「負担上限月額」「適用期間」

当該施設給付決定保護者(過齡児の場合は過齡児)の利用者負担上限月額及び適用期間を記載する。

「社会福祉法人等による軽減措置の適用」「軽減適用期間」

社会福祉法人等による軽減措置の適用の有無を記載し、軽減対象者の場合は軽減適用期間も併せて記載する。

「特記事項」

利用者負担に関する各種事項を適用する際には、当該事項を記載する。

例:

- ・食事提供体制加算対象者...通所施設を利用する一般世帯(市町村民税所得割額2万円未満)の学齡期前の障害児についてのみ記載(低所得世帯については記載不要)
- ・食費等実費負担に係る境界層措置対象者
- ・法第24条の5に基づき障害児施設給付費の給付率を「 / 100」とする(適用期間: ~)
- ・市単独助成事業により指定施設の利用者負担割合を %とする

障害児施設医療受給者証の記載事項

障害児施設医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
施設給付決定保護者	フリガナ		
	居住地		
	フリガナ	生年月日	
氏名		年 月 日	
障害児	フリガナ	生年月日	
	氏名	年 月 日	
	被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号
負担上限月額	障害児施設医療 (食事療養を除く)	月額	円
	食事療養	月額	円
適用期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで		
交付年月日	平成 年 月 日		
支給都道府県 又は市の名称 及び印			

医療型施設の給付決定をした場合は、「障害児施設受給者証」とともに「障害児施設医療受給者証」を交付する。

「公費負担者番号」「公費受給者番号」
障害児施設医療の公費負担者番号等を記載する。

公費負担者番号
法別番号「79」+ 都道府県(市)コード+ モジュール10ウエイ2 - 1分割M10W21

公費受給者番号
都道府県(市)が受給者ごとに定める。

「被保険者証の記号及び番号」「保険者名及び番号」
障害児(過齢児を含む。)が加入する医療保険の被保険者証の記号及び番号、保険者名及び保険者番号を記載する。

「負担上限月額」
施設給付決定保護者等の負担上限額を医療部分と食費部分に分けて記載する。

障害児施設給付費等の請求について

(療養介護医療費についても、障害児施設医療費と同様の取扱いとなるため、本資料中の説明に含めている(福祉部分を除く。))

障害児施設給付費等の請求についての基本的事項

障害児施設給付費等の請求については、以下のとおり、給付費(公費)の種類、負担形態によって、それぞれ請求様式、請求先等が異なる。

施設の区分		報酬の区分		請求する公費の名称	請求に使用する様式	左の請求書の提出先 (他の機関に審査支払いを委託している場合を除く。)
障害児施設等	福祉型施設	福祉部分		障害児施設給付費	・障害児施設給付費等請求書 ・障害児施設給付費等明細書	都道府県等(注1)
	医療型施設 (注2)	福祉部分		障害児施設給付費	・障害児施設給付費等請求書 ・障害児施設給付費等明細書	都道府県等
		医療部分		障害児施設医療費 (療養介護医療費)	診療報酬明細書	医療保険の審査支払機関 (国保連・支払基金)
		食事部分 (注3)	下記以外の場合			
食事療養に係る標準負担額について一部公費負担がある場合						

(注1) 都道府県、指定都市又は中核市のうち児童相談所設置市

(注2) 通所の医療型施設を除き、療養介護を含む。

(注3) 診療報酬明細書上の標準負担額欄の計上方法は、食事療養に係る標準負担額についての公費の負担形態に応じ下表のとおりとなる。

食事療養に係る標準負担額についての公費の負担形態	受給者証記載の食事療養に係る負担上限月額との関係	診療報酬明細書の標準負担額欄の記載額	医療型施設が利用者へ請求する額	自治体への請求書の提出
公費による負担なし	当該月における食事療養に係る標準負担額 負担上限月額	当該月における食事療養に係る標準負担額	同左	不要
公費による一部負担	0円 < 負担上限月額 < 当該月における食事療養に係る標準負担額	当該月における食事療養に係る標準負担額	食事療養に係る負担上限月額	との差額を請求書により提出
公費による全部負担	負担上限月額は0円	0円	0円	不要

診療報酬明細書により、公費が全額請求される。

障害児施設給付費等の請求に係る様式について

請求書

障害児施設給付費等 請求書

省令様式 (下記の省令において規定)

障害児施設給付費及び特定入所障害児食費等給付費の請求に関する省令(案)

障害児施設医療費(食事療養の標準負担額に係る一部公費負担) 請求書

療養介護医療費(食事療養の標準負担額に係る一部公費負担) 請求書

通知様式 (下記の通知において規定)

障害児施設給付費請求書等の記載要領について(案)

請求明細書

障害児施設給付費等明細書

省令様式 (下記の省令において規定)

障害児施設給付費及び特定入所障害児食費等給付費の請求に関する省令(案)

実績記録票

指定施設(入所)サービス提供実績記録票

指定施設(通所)サービス提供実績記録票

通知様式 (下記の通知において規定)

障害児施設給付費請求書等の記載要領について(案)

障害児施設給付費の報酬算定の方法（障害者自立支援法と同様）

算定単位数の算出（端数処理：小数点以下四捨五入）

サービスコード表よりサービスコード単位数を抽出する。

サービスコード単位数 = 告示単位 × 加減算

サービス単位数の算出

サービスコード単位数に一月の提供回数に乗じる。

サービス単位数 = サービスコード単位数 × 提供回数

総費用額(100/100)の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

サービス種別ごとに一月分のサービス単位数を合算し、一月分の給付単位数を求める。
当該給付単位数に単位数単価を乗じて算出する。

総費用額 = 給付単位数 × 単位数単価

障害児施設給付費の算出（端数処理：小数点以下切り捨て）

総費用額に給付率(90/100)を乗じて障害児施設給付費を算出する。

障害児施設給付費 = 総費用額 × 給付率

利用者負担額の算出

総費用額から障害児施設給付費を控除した額

利用者負担額 = 総費用額 - 障害児施設給付費

災害等により都道府県等が特例割合を定める場合は当該割合

障害児施設給付費等請求書の記載における留意点

障害児施設給付費等請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

指定施設番号	
住所 (所在地)	〒
電話番号	
名称	
職・氏名	

下記のとおり請求します。

平成 年 月 分

請求金額 百万 千 円

区 分	件数	単位数	費用合計	都道府県等 請求額	利用者 負担額	社福 軽減額	自治体 助成分
障害児施設給付費							
小 計							
特定入所障害児食費等給付費							
小 計							
合 計							

請求書の作成は、請求先となる都道府県等ごとに指定施設番号単位で行い、同一指定施設番号で管理される施設の障害児施設給付費等の請求は、一括で行う。

名称は、主たる施設の名称として届け出た名称を使用する。

当該指定施設番号単位での障害児施設給付費
特定入所障害児食費等給付費(補足給付費)
の都道府県等請求額の合計を記載する。

添付する請求明細書の集計額等をサービス種別単位に記載する。

件数
総単位数
費用合計(100/100の額)
都道府県等請求額
利用者負担額
社福軽減額
自治体助成分 等を記載する。
原則、 = + + + となる。

特定入所障害児食費等給付費の集計額等を記載する。

障害児施設給付費等請求明細書の記載における留意点

障害児施設給付費等明細書
(知的障害児施設、第1種自閉症児施設、第2種自閉症児施設、知的障害児通園施設、盲児施設、ろうあ児施設、難聴幼児通園施設、肢体不自由児施設、肢体不自由児療護施設、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設、指定医療機関)

都道府県番号	助成自治体番号	助成自治体番号	平成	年	月	分						
受給者証番号	施設給付決定保護者氏名	支給決定に係る障害児氏名	指定施設番号	施設の名称	地域区分	社会福祉法人等軽減措置実施の有無						
利用者負担上限月額	社福法人等軽減対象者	利用者負担上限額	指定事業所番号	管理結果	管理結果額							
サービス種別	開始年月日	平成	年	月	日	終了年月日	平成	年	月	日	利用実日数	外泊日数
サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要							
サービス種類コード	サービス実日数	日	日	日	日	合計						
給付単位数	単位数単価	円/単位	円/単位	円/単位	円/単位							
給付率	給付率	/100	/100	/100	/100							
総費用額	請求額											
請求額集計額	利用者負担額											
社福軽減後利用者負担額	社福軽減額											
調整後利用者負担額	調整後社福軽減額											
上限額管理後利用者負担額	都道府県等請求額											
助成 請求額	助成 請求額											
特定入所障害児食費等給付費	算定日額	日数	都道府県請求額	実費算定額	枚中	枚目						

同一指定施設番号で括られた指定施設が、一の施設給付決定保護者に複数事業のサービスを提供した際には、請求明細書は一枚のみ作成する。

受給者証に記載された負担上限月額及び社福軽減対象者の該当の有無を記載する。

サービス種別の番号を記載し、開始年月日、終了年月日、利用実日数、外泊日数を記載する。

サービスコード表に記載された、名称、サービスコード、単位数を記載する。

当該月における算定回数を記載する。

単位数に算定回数を乗じた単位数を記載する。

実績記録票に記載された実費算定額を記載する。

給付費明細欄又は請求額集計額欄等が一枚の明細書に書ききれない際には、複数枚の明細書を使用する。その際は、何枚目の中の何枚かを記載する。

給付率に基づく利用者負担が負担上限月額よりも高い場合の記載方法

2 難聴幼児通園施設を利用した例 (地域区分割合:1000/1000)

- ・サービスの種類:難聴幼児通園施設(定員30人以下)
- ・低所得1

給付費明細欄

サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数
難聴幼児1	3 3 1 1 1 1	9 7 5	2 0	1 9 5 0 0

請求額集計欄

サービス種類コード	3 3	難聴幼児通園
サービス実日数	2 0	日
給付単位数	1 9 5 0 0	
単位数単価	1 0 0 0	円/単位
給付率	9 0	/ 100
総費用額	1 9 5 0 0 0	
給付率に基づく	請求額	1 7 5 5 0 0
	利用者負担額	1 9 5 0 0
上限月額調整(の以内少ない数)	1 5 0 0 0	
社福軽減後利用者負担額		
社福軽減額		
調整後利用者負担額		
調整後社福軽減額		
上限額管理後利用者負担額		
都道府県等請求額	1 8 0 0 0 0	
助成 請求額		
助成 請求額		

合計				
	1	9	5	0 0
/	/	/	/	/
1	9	5	0 0 0	
/	/	/	/	/
1	5	0	0 0	
1	8	0	0 0 0	

「上限月額調整」欄に負担上限月額を記載する。
 「都道府県等請求額」欄には、
 「総費用額」から「上限月額調整」欄の額を控除した額を記載する。

社福軽減有りの例

「上限月額調整」欄までは、左の例のとおり記載する。

サービス種類コード	3 3	難聴幼児通園
サービス実日数	2 0	日
給付単位数	1 9 5 0 0	
単位数単価	1 0 0 0	円/単位
給付率	9 0	/ 100
総費用額	1 9 5 0 0 0	
給付率に基づく	請求額	1 7 5 5 0 0
	利用者負担額	1 9 5 0 0
上限月額調整(の以内少ない数)	1 5 0 0 0	
社福軽減後利用者負担額		7 5 0 0
社福軽減額		7 5 0 0
調整後利用者負担額		
調整後社福軽減額		
上限額管理後利用者負担額		
都道府県請求額	1 8 0 0 0 0	
助成 請求額		
助成 請求額		

合計				
	1	9	5	0 0
/	/	/	/	/
1	9	5	0 0 0	
/	/	/	/	/
1	5	0	0 0	
1	8	0	0 0 0	

「社福軽減後利用者負担額」欄に、「上限月額調整」欄の額又は社福軽減後負担上限月額のうち、低い方の額を記載する。

「社福軽減額」欄に、「上限月額調整」欄の額から を控除して得た額を記載する。

「都道府県等請求額」欄に、「総費用額」から 及び を控除して得た額を記載する。

食事療養費の標準負担額に係る一部公費(療養介護医療費・
障害児施設医療費)負担がある場合の請求方法について

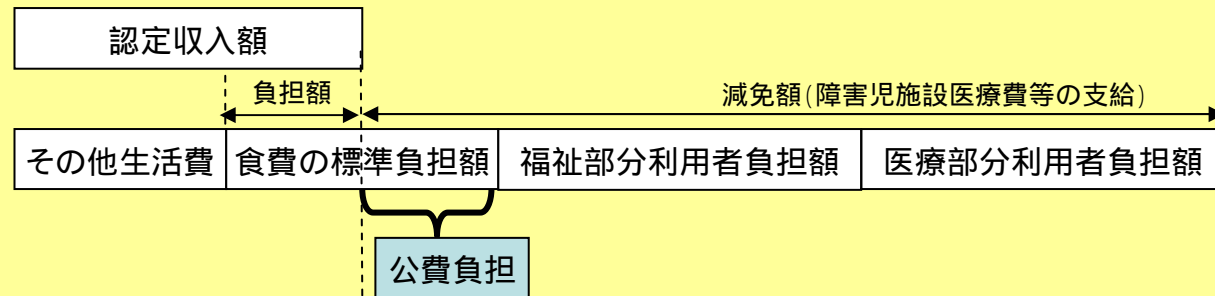
食事療養費の一部公費負担がある場合の請求方法

食事療養費の標準負担額に係る一部公費(障害児施設医療費、療養介護医療費(以下「障害児施設医療費等」という。))負担がある場合、以下の方法により請求する。

1 標準負担額が一部公費負担となる者

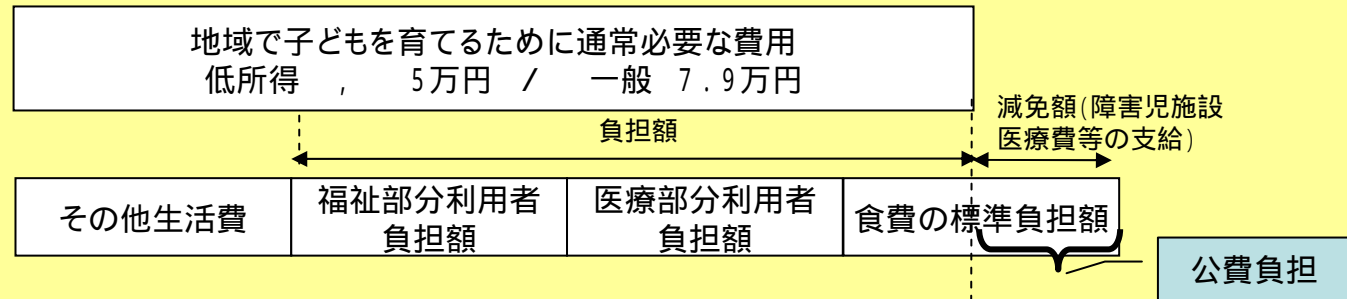
(1) 20歳以上の医療型施設入所者

20歳以上の医療型入所者の場合は、収入に対し、その他生活費、食事の標準負担額、福祉部分の利用者負担額、医療部分の利用者負担額の順で先当てする形で医療型個別減免を行うことから、その他生活費(手元に残す額)を2.5万円とすると、認定収入が2.5万円から4万円弱の者について、標準負担額の一部を公費負担することになる。(無年金者に限られ、ケースとしては多くない。)



(2) 20歳未満の医療型施設入所者

20歳未満の医療型入所者の場合は、「地域で子どもを育てるのに通常要する費用(低所得世帯5万円、一般世帯7.9万円)」に対し、その他生活費、福祉部分の利用者負担額、医療部分の利用者負担額、食費の標準負担額の順で先当てする形で医療型個別減免を行うことから、低所得世帯には該当が無く(標準負担額の全額を公費負担することになる。)、一般世帯のうち福祉部分と医療部分の利用者負担額を合わせて5.4万円(18歳未満の場合は4.5万円)に満たない者について、標準負担額の一部を公費負担することとなる。



食事療養費の一部公費負担がある場合の請求方法(続き)

2 請求を行う者

医療型障害児施設等(通所の医療型障害児施設を除き、療養介護を含む。)

3 請求額及び請求の方法

(1) 医療型障害児施設等から国保連・支払基金へ提出する診療報酬明細書中の負担金額
診療報酬の請求ルールに基づき、当該月における食事療養に係る標準負担額を記載する。

(2) 医療型障害児施設等から利用者へ請求する額
受給者証に記載された食事療養に係る負担上限月額を請求する。

(3) 医療型障害児施設等が都道府県等へ請求する額等

請求額

上記(1)の標準負担額から(2)の負担上限月額を差し引いた額

請求方法

医療型障害児施設等は、障害児施設給付費等の請求と併せ、 の請求額を「障害児施設医療費(療養介護医療費)請求書(様式例)」により都道府県等(市町村)へ請求する。

食事療養費の一部公費負担がある場合に医療型障害児施設等が都道府県等へ請求する際に使用する請求書様式例

(様式例)

障害児施設医療費請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

請求施設	指定施設番号	
	住所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

受給者証番号	
施設給付決定保護者氏名	
給付決定に係る障害児氏名	

平成 年 月 分

請求金額(C)		百万		千		円
区 分	食事の標準負担額 (A)	利用者負担額 (B)	都道府県等請求額 (C) = (A) - (B)			

(様式例)

療養介護医療費請求書

平成 年 月 日

(請 求 先)

殿

請求事業者	事業所番号	
	住所 (所在地)	〒
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

受給者証番号	
支給決定障害者氏名	

平成 年 月 分

請求金額(C)		百万		千		円
区 分	食事の標準負担額 (A)	利用者負担額 (B)	市町村請求額 (C) = (A) - (B)			

