

福祉サービスの利用者負担の見直しに係る様式例について

法案成立後、市町村において福祉サービスの利用者負担の見直し手続を円滑に進められるよう、手続に用いる様式例を作成したので、活用されたい。

様式は標準的な例であり、各市町村においては、現在使用している様式をベースにして、適宜修正を加えても差し支えない。

なお、手続を進めるにあたっては、管内の利用者及び事業者・施設には、必要な手続きや受給者証の提示を受けた際の留意事項等について、十分な説明をお願いしたい。

今回提示した様式の考え方は、次のとおりである。

1 様式の使用対象期間

今回お示ししたものは、当面活用を急ぐものとして、平成18年4月分から9月分までの利用者負担の決定等に使用する様式であること。

具体的には、次のとおり。

- 現行サービス利用者（18年3月までに新たにサービス利用する場合を含む。）に対する18年4月分からの利用者負担決定（18年4月分から9月分までの支給決定はみなし決定）
- 18年4月分から9月分までの旧体系サービスに係る支給（変更）決定と利用者負担（変更）決定

※ 18年3月分までは、現行支援費様式を使用

※ 18年10月分からの支給決定と利用者負担決定に使用する様式は、後日（年内を目途）提示する予定。

2 作成の考え方

(1) 18年10月分からは、事業の再編や支給決定手続の見直しに伴い、市町村における事務処理システムや諸様式も相当の修正を要すると見込まれることから、18年4月分から9月分までは、市町村のシステム改修等に係る負担をできるだけ軽減する観点から、現行様式をベースにした最小限の修正にとどめた。

(2) できるだけ、様式の種類を少なくするよう、共通化できるものは共通化した。

→ サービスの支給申請書と利用者負担の減免申請書を兼様式にした。（みなし支給決定時においては、利用者負担の減免申請部分を使用）

(3) 利用者がサービス事業者・施設に提示する証が複数にならないよう配慮した。

→ 受給者証に利用者負担に関する情報を全て記載。

様式例リスト

様式 番号	様式の名称
1	介護給付費、訓練等給付費、施設訓練等支援費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書
2	介護給付費、訓練等給付費、施設訓練等支援費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書
3	却下決定通知書
4	特例介護給付費、特例訓練等給付費支給申請書
5	特例介護給付費、特例訓練等給付費、支給(不支給)決定通知書
6	介護給付費、訓練等給付費、施設訓練等支援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
7	介護給付費、訓練等給付費、施設訓練等支援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
8	支給決定取消通知書
9	社会福祉法人等による利用者負担減免申出書
10	社会福祉法人等利用者負担減額対象確認申請書
11	社会福祉法人等利用者負担減額対象決定通知書
12	障害福祉サービス受給者証
13	身体障害者施設受給者証
14	知的障害者施設受給者証
15	世帯状況・収入・資産等申告書

(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)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		生年月日	明治 大正	年 月 日
	氏名			昭和 平成	
	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	

申請するサービスの種類等	サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等				
	居宅サービス					
	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		
	利用中のサービスの種類と内容等					
介護給付費・訓練等給付費	申請する支援の種類・内容					
	種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 児童デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所	
施設訓練等支援費	種類	<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)		
	種類	<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		
	内容	<input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設				

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの	
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、個別減免を申請します。 1. グループホーム入居者、施設入所者(注)(20歳以上) 2. 一定の資産を有していないこと ア. 預貯金等の額が350万円以下であること イ. 不動産を所有していない(親族等が現に居住する不動産を除く)	
	<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費(特定入所者食費等給付費)に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費(特定入所者食費等給付費)を申請します。	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者(注)であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方>(2はあてはまるものに○をつける) 1. 施設入所者(注)であること(年令 才) 2. a) 上記Iの区分のうち、1~3にあてはまる者 b) " 1~3にあてはまらない者
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)に関する認定 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付)を申請します。	
世帯範囲の特例	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

(注) 対象施設は、施設訓練等支援費の対象となる入所施設(身障療護、身障更生、身障授産、知的更生、知的授産)及び介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)

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		申請者	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費) 支給決定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

((障害者自立支援法第22条 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(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)の支給) (及び) ((障害者自立支援法第29条第4項 身体障害者福祉法第17条の10第3項 知的障害者福祉法第15条の11第3項)に基づき利用者負担額減額・免除等)について、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

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	
有効期間			
利用者負担上限月額			
特定障害者特別給付費(特定入所者食費等給付費)		日額	円

サービスの種類	支援の内容	サービスの種類	支援の内容
居宅介護		外出介護	
行動援護		障害者デイサービス	
児童デイサービス		共同生活援助	
短期入所			
特記事項			

・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。
- 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

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

年 月 日に申請された ((介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費) 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

- 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。
- 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

(特例介護給付費 特例訓練等給付費) 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)の支給を申請します。

フリガナ				受給者証番号			
申請者氏名							
申請者生年月日	明・大・昭・平	年	月	日			
居住地	〒			電話番号			
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							
特例介護給付費 特例訓練等給付費 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)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) 支給 (不支給) 決定通知書 (例)

文 書 番 号

平 成 年 月 日

〒 ー
〇〇市 (町村)
〇〇 〇〇 様

〇〇市 (町村) 長

印

先に申請のありました (特例介護給付費 特例訓練等給付費) 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

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) 申請額			円
支給決定の内容			
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。
- 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 施設訓練等支援費) 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			生年月日	明治 昭和	大正 平成	年	月	日
	氏名			受給者番号					
	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
	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					
変更の理由									

変更を申請するサービスの種類等	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
	利用中のサービスの種類と内容等										
施設訓練等支援費	申請する支援の種類・内容										
	種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 行動援護			<input type="checkbox"/> 児童デイサービス			<input type="checkbox"/> 短期入所		
		<input type="checkbox"/> 外出介護	<input type="checkbox"/> 障害者デイサービス			<input type="checkbox"/> 共同生活援助					
	内容										
種類	<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"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設										
内容											

変更を申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用（の変更）を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）	
	1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの	
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、個別減免（の変更）を申請します。	
	1. グループホーム入居者、施設入所者（注）（20歳以上） 2. 一定の資産を有していないこと ア. 預貯金等の額が350万円以下であること イ. 不動産を所有していない（親族等が現に居住する不動産を除く）	
	<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（特定入所者食費等給付費）に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費（特定入所者食費等給付費）（の変更）を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者（注）であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉（2はあてはまるものに○をつける） 1. 施設入所者（注）であること（年令 才） 2. a) 上記Iの区分のうち、1～3にあてはまる者 b) " 1～3にあてはまらない者
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）（の変更）を申請します。	
世帯範囲の特例	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。	
	1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

（注） 対象施設は、施設訓練等支援費の対象となる入所施設（身障療護、身障更生、身障授産、知的更生、知的授産）及び介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）

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		申請者との関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費) 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

〒 ー
〇〇(町村)
〇〇 〇〇 様

〇〇市(町村)長 印

(障害者自立支援法第24条 障害者自立支援法第29条第4項)の規定に基づき、(支給決定の変更 利用者負担額減額・免除等の変更)について下記のとおり決定しましたので通知します。

記

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			
変更後の利用者負担上限月額			
変更後の特定障害者特別給付費(特定入所者食費等給付費)	日額	円	
変更の理由			

・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。
- 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。
 - (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

支給決定取消通知書 (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



〔障害者自立支援法第25条第1項
身体障害者福祉法第17条の8第1項
知的障害者福祉法第15条の9第1項〕の規定により、下記のとおり支給決定を取り消しま
したので通知します。

記

受 給 者 証 号		支給決定障害者 (保護者) 氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
取 消 理 由			

受給者証を〇〇市 (町村) △△△△課に返還してください。

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。
- 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

社会福祉法人等による利用者負担減免申出書（例）
 （社会福祉法人等による利用者負担の減免措置）

様式 9

平成 年 月 日

知事 殿

所在地

申請者

名 称

代表者

印

社会福祉法人等による利用者負担の減免を下記のとおり実施するので申し出ます。

申 請 者	ふりがな 名 称				
	主たる事務所の 所在地	(〒 —)			
	連絡先	電話番号		FAX	
	代表者の職・氏名	職 名		ふりがな 氏 名	
	代表者の住所	(〒 —)			
減 免 実 施 予 定 事 業 所 の 状 況	事業所番号	所在地	サービスの種類		
	事業所の名称				

社会福祉法人等利用者負担減額対象確認申請書（例）
 （社会福祉法人等による利用者負担の減免措置）

フリガナ				確認番号				
受給者（対象者） 氏名				受給者 証番号				
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生							
住 所		(〒 -)		電話番号				
		氏 名	生 年 月 日	受給者との関係	生計中心者に○をつけて下さい。			
世帯構成	世帯主							
	世帯員							
<p>市（町村）長 様</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の減額対象の確認を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住 所 氏 名</p> <p>電話番号</p>								

- (注) 1 太線の枠内を記入してください。
 2 必要書類を添付して申請してください。

社会福祉法人等利用者負担減額対象確認通知書（例）
 （社会福祉法人等による利用者負担の減免措置）

文 書 番 号
 平 成 年 月 日

〒 9 9 9 - 9 9 9 9
〇〇市△△（町村）
〇〇 〇〇 様

〇〇市（町村）長 印

社会福祉法人等利用者負担減額対象確認申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受給者氏名		受給者証番号							
-------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--

決定年月日	平成 年 月 日	
決 定 事 項		
1 承認 する	適用年月日	平成 年 月 日
	有効期限	平成 年 月 日
	承認内容	
2 承認 しない	理 由	

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）△△△△課
 住所
 電話番号