

(様式第12号)

(一)		(二)		(三)							
障害福祉サービス受給者証		支給決定の内容		支給決定の内容							
受給者	番号			居宅介護等	支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		短期入所	支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	
	居住地				支給量等				共同生活援助	支給量等	
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日		デイサービス	支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		利用者負担割合	1割	利用者負担 上限月額	円
フリガナ			支給量等				特記事項欄				
氏名							(予備欄)				
生年月日	昭和 平成 年 月 日										
交付年月日											
支給市町村名及び印											

17

(四) 支給量変更の記載欄		
サービスの種類	変更後の支給量	市町村認印
	変更年月日 平成 年 月 日	
	変更年月日 平成 年 月 日	
	変更年月日 平成 年 月 日	
(予備欄)		

(五) 居宅介護等事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称		
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	時間 分	
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	時間 分	
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	時間 分	

(六) 居宅介護等事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称		
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	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	時間 分	
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	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	時間 分	
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	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	時間 分	

(七)				
番号	デイサービス事業者記入欄			
1	事業者及びその事業所の名称			
	契約日	平成	年	月 日
	サービス内容			
	契約支給量(ノ月)	日	回	
	事業者確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成	年	月 日
	サービス内容			
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日	回	
事業者確認印				
2	事業者及びその事業所の名称			
	契約日	平成	年	月 日
	サービス内容			
	契約支給量(ノ月)	日	回	
	事業者確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成	年	月 日
	サービス内容			
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日	回	
事業者確認印				

(八)				
番号	デイサービス事業者記入欄			
3	事業者及びその事業所の名称			
	契約日	平成	年	月 日
	サービス内容			
	契約支給量(ノ月)	日	回	
	事業者確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成	年	月 日
	サービス内容			
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日	回	
事業者確認印				
4	事業者及びその事業所の名称			
	契約日	平成	年	月 日
	サービス内容			
	契約支給量(ノ月)	日	回	
	事業者確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成	年	月 日
	サービス内容			
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日	回	
事業者確認印				

(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			

19

(十)			(十一)	(十二)
共同生活援助事業者記入欄			(予備欄)	<p style="text-align: center;">注 意 事 項</p> <p>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。</p> <p>2 指定障害福祉サービス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又は基準該当事業者に提示してください。</p> <p>3 指定障害福祉サービスを受けるときに支払う金額は、指定障害福祉サービスに要した費用（食費等を除く。）の1割です。ただし、三面の利用者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。</p> <p style="padding-left: 2em;">なお、基準該当事業者によるサービス提供を受ける場合等は、市町村の窓口にお問い合わせください。</p> <p>4 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。</p> <p>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。</p>
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			

(十三)

- 7 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。
- 8 支給決定期間内に、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。
- 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。
- 10 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。
- 11 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。
- 12 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13号)

(一)			(二)					(三)		
身体障害者施設受給者証			施設支給決定の内容					指定身体障害者更生施設等の記入欄		
受 給 者	番 号		施設支援の種類及び内容					指定身体障害者更生施設等の名称	入所日・退所日	施設確認印
	居住地		施設支給決定期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			入所日	平成 年 月 日	
	フリガナ		身 体 障 害 程 度 区 分	変更後の障 害程度区分			市町村認印	退所日	平成 年 月 日	
	氏 名			変 更	年 月 日	平成 年 月 日		入所日	平成 年 月 日	
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日		利 用 者 負担割合	1割	利用者負担 上限月額	円		退所日	平成 年 月 日
交付年月日			特 定 入 所 者 食 費 等 給 付 費		円		(予備欄)			
支給市町村名 及び印					平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで					
			特記事項							

(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、指定施設支援に要した費用（食費、居住費、光熱水費等を除く。）の1割です。ただし、この証の二面の利用者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。）  
また、食事及び居住に要する費用については、特定入所者食費等給付費欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。
- 4 利用者負担上限月額及び特定入所者食費等給付費については、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。

(五)

- 5 施設支給決定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、施設支給決定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。
- 6 身体障害程度区分の変更をする必要がある場合は、身体障害程度区分の変更の申請をすることができます。
- 7 この証の一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 施設支給決定期間内に、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、施設支給決定期間内に、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。

(六)

- 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。
- 10 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。
- 11 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。
- 12 施設支給決定の内容欄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。

(様式第14号)

(一)		(二)				(三)		
知的障害者施設受給者証		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	施設支援の種類及び内容				指定知的障害者更生施設等の名称	入所日・退所日	施設確認印
	居住地	施設支給決定期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			入所日 平成 年 月 日	
	フリガナ	知的障害 程度区分	変更後の障 害程度区分			市町村認 印	退所日 平成 年 月 日	
	氏 名		変 更 年月日	平成 年 月 日			入所日 平成 年 月 日	
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	利用者 負担割合	1割	利用者負担 上限月額	円	(予備欄)	
交付年月日				平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				
支給市町村名 及び印				特 定 入 所 者 食 費 等 給 付 費	日額 円 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
		特記事項						



(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、指定施設支援に要した費用（食費、居住費、光熱水費等を除く。）の1割です。ただし、この証の二面の利用者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。）  
また、食事及び居住に要する費用については、特定入所者食費等給付費欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。
- 4 利用者負担上限月額及び特定入所者食費等給付費については、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。

(五)

- 5 施設支給決定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、施設支給決定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。
- 6 知的障害程度区分の変更をする必要がある場合は、知的障害程度区分の変更の申請をすることができます。
- 7 この証の一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 施設支給決定期間内に、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、施設支給決定期間内に、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。

(六)

- 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。
- 10 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。
- 11 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。
- 12 施設支給決定の内容欄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。

〇〇市町村長 様

申告年月日 平成 年 月 日

申告者（保護者）住所  
（保護者）氏名

※社会福祉法人減免を申請する場合  
生計中心者住所  
" 氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ 世帯の特例を利用する

	氏名	生年月日	本人との関係	世帯の特例を受ける場合、以下について記入		
				市町村民税の状況		医療保険の状況
				課税・非課税の別	課税の場合、税制上、障害者の扶養控除の適用の有無	健康保険において、障害者を被扶養者としている
本人				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税		<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）

2 障害者本人の収入の状況について

〔 個別減免・社会福祉法人減免を申請しない場合…①、②、③のみ記入〕  
" 申請する場合…全て記入

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円	①
--------	---	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）（②）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）（③）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

3 障害者本人の資産等について

種 類	有無	内 容	
本人名義の預貯金等	有・無		
本人名義の不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

4 生計中心者の状況について【社会福祉法人等利用者負担減額を申請する場合】

(1) 収入（年収）

種 類	収入額
	円
	円
	円

(2) 資産等

種 類	有無	内 容	
本人名義の預貯金等	有・無		
本人名義の不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

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		

（記入上の注意）

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

# 様式の記入例

（今回提示している様式（例）は、現行支援費様式をベースにしていることから、記入例については、現行様式から変更があるもので、特に留意を要する部分に限り例示している。）

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



身体障害者福祉法第17条の10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	個別減免や生活保護への移行予防措置の適用がある場合は、適用後の額を記入する。
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	日額を記入する。		〇〇〇〇円
特定障害者特別給付費(特定入所者食費等給付費)			日額〇〇〇〇円

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

(様式第12号)

(一)			(二)		(三)				
障害福祉サービス受給者証			支給決定の内容		支給決定の内容				
受給者	番号		支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	短期入所	支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
	居住地	行動援護、日常生活支援 もこの枠で記入する	居宅介護等	支給量等		支給量等	〇〇日/月 (I 区分3)		
	フリガナ					身体介護	〇〇時間/月 家事援助 〇〇時間/月 外出介護 〇〇時間/月		
	氏名					家事援助			
生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	外出介護							
児童	フリガナ		支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	共同生活援助	支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
	氏名		デイサービス	支給量等		支給量等	支給量等	個別減免や生活保護への移行予防措置の適用がある場合は、適用後の額を記入する。	
生年月日	昭和 平成 年 月 日	支給決定期間			平成 年 月 日から平成 年 月 日まで	利用者負担割合	1割	利用者負担上限月額	〇〇〇〇円
交付年月日					特記事項欄				
支給市町村名及び印					社会福祉法人等利用者負担減額対象  社会福祉法人減免対象者であることを記入する。				
				(予備欄)					

30

(一)		(二)				(三)		
身体障害者施設受給者証		施設支給決定の内容				指定身体障害者更生施設等の記入欄		
受 給 者	番 号	施設支援の種類及び内容		身体障害者更生施設支援 (入所)		指定身体障害者更生施設等の名册	入所日・退所日	施設確認印
	居住地	施設支給決定期間		平成 年 月 日から平成 年 月 日まで			入所日 平成 年 月 日	
	フリガナ	身 体 障 害 程 度 区 分	変 更 後 の 障 害 程 度 区 分	市 町 村 認 印	退 所 日 平成 年 月 日		退所日 平成 年 月 日	
	氏 名					変 更 年 月 日	平成 年 月 日	
	生年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成 年 月 日	利 用 者 負 担 割 合	1 割	利 用 者 負 担 上 限 月 額	〇〇〇〇円	(予備欄)	
交付年月日				平成 年 月 日から 平成 年 月 日から	個別減免や生活保護への移行 予防措置の適用がある場合 は、適用後の額を記入する。			
支給市町村名 及び印		特 定 入 所 者 食 費 等 給 付 費		日額〇〇〇〇円	日額を記入する。			
		特記事項		社会福祉法人等利用者負担減額対象		社会福祉法人福減免対象者 であることを記入する。		

〇〇市町村長 様

申告年月日 平成 年 月 日

申告者（保護者）住所〇〇市〇〇町××  
（保護者）氏名中央 一郎

※社会福祉法人減免を申請する場合  
生計中心者住所〇〇市〇〇町××  
" 氏名中央 花子

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ 世帯の特例を利用する

世帯構成等	氏名	生年月日	本人との関係	世帯の特例を受ける場合、以下について記入		
				市町村民税の状況		医療保険の状況
				課税・非課税の有無	課税の場合、税制上、障害者の扶養控除の適用の有無	
本人	中央 一郎	〇〇〇	本人	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税		<input type="checkbox"/> 健保本人 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）
世帯主	中央 次郎	〇〇〇	長男	<input checked="" type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）
世帯員	中央 花子	〇〇〇	妻	<input type="checkbox"/> 課税 <input checked="" type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input checked="" type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	障害者の扶養控除 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 健保本人 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健保被扶養者（本人 分）

2 障害者本人の収入の状況について

〔 個別減免・社会福祉法人減免を申請しない場合…①、②、③のみ記入〕  
" 申請する場合…全て記入

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額 〇〇〇〇円 ①

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）（②）	〇〇〇〇円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）（③）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
その他収入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円



3 障害者本人の資産等について

種 類	有無	内 容	
本人名義の預貯金等	<input checked="" type="radio"/> 有・無	〇〇〇〇円	
本人名義の不動産等	有・ <input checked="" type="radio"/> 無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

【社会福祉法人等利用者負担減額を申請する場合】

4 生計中心者の状況について

(1) 収入（年収）

種 類	収入額
〇〇収入	〇〇〇〇円
	円
	円

(2) 資産等

種 類	有無	内 容	
本人名義の預貯金等	<input checked="" type="radio"/> 有・無	〇〇〇〇円	
本人名義の不動産等	有・ <input checked="" type="radio"/> 無	土地〇〇㎡（〇〇市〇〇町〇番） 家屋〇〇㎡（〇〇市〇〇町〇番）	<input checked="" type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ	チュウオウ ハナコ		申請者との関係
氏 名	中央 花子		妻
住 所	〒 〇〇市〇〇町×× 電話番号		

（記入上の注意）

1. 収入のうち証明書等の取れるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。