

10月6日全国課長会議において提示した様式例の訂正について

訂正を行った様式例及び訂正箇所について

支給決定書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書（様式2）について

「障害程度区分」欄と「施設支援」欄を新たに設けた。

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書（様式6）について

「サービス利用の状況」欄の「施設サービス」欄について、「障害程度区分」の文言を新たに追加し、併せて全体の文言の整理を行った。

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（様式7）について

- ・ 「変更後のサービスの種類、内容及び支給量」欄内について、「障害程度区分」の文言を追加した。
- ・ 受給者証を提出する必要がある旨、提出先、提出期限の記述について、新たに追加した。

【訂正前】

(様式第2号)

【訂正後 下線部分が訂正箇所】

(様式第2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

〒 -
市(町・村)

様

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

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 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 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、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。

(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
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

〒 -
市(町・村)

様

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			
障害程度区分			
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		施設支援	
特記事項			

・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 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 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、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。

(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
市(町村) 課 住所 電話番号

【訂正前】

(様式第6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)

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 昭和 平成	年	月	日
	氏名	受給者番号				
	居住地	〒 電話番号				
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名		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	利用中のサービスの種類と内容等				
	居宅サービス	利用中の施設名等				
	施設サービス	要介護認定 有・無 要介護度 要支援()・要介護 1 2 3 4 5				
	介護保険	利用中のサービスの種類と内容等				
介護給付費等	申請する支援の種類・内容					
	種類	居宅介護	行動援護	児童デイサービス	短期入所	
		外出介護	障害者デイサービス	共同生活援助		
	内容					
施設訓練等支援費	種類	身体障害者更生施設 (入所・通所)	身体障害者療護施設 (入所・通所)	身体障害者授産施設 (入所・通所)		
		知的障害者更生施設 (入所・通所)	知的障害者授産施設 (入所・通所)	知的障害者通勤寮		
		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					

【訂正後 下線部分が訂正箇所】

(様式第6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)

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 昭和 平成	年	月	日
	氏名	受給者番号				
	居住地	〒 電話番号				
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名		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	利用中のサービスの種類と内容等				
	居宅サービス	利用中の施設支援の種類・内容及び障害程度区分				
	施設サービス	要介護認定 有・無 要介護度 要支援()・要介護 1 2 3 4 5				
	介護保険	利用中のサービスの種類と内容等				
介護給付費等	申請する支援の種類・内容					
	種類	居宅介護	行動援護	児童デイサービス	短期入所	
		外出介護	障害者デイサービス	共同生活援助		
	内容					
施設訓練等支援費	種類	身体障害者更生施設 (入所・通所)	身体障害者療護施設 (入所・通所)	身体障害者授産施設 (入所・通所)		
		知的障害者更生施設 (入所・通所)	知的障害者授産施設 (入所・通所)	知的障害者通勤寮		
		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					

【訂正前】

(様式第7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

〒 -
(町村)
様

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

- 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 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 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、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 市(町村) 課 住所 電話番号

【訂正後 下線部分が訂正箇所】

(様式第7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

〒 -
(町村)
様

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、内容及び障害程度区分			
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			

受給者証を 市(町村) 課に提出してください。

提出先 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 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 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、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 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

〒 -
市(町・村)

様

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			
障害程度区分			
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		施設支援	
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 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 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、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

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)

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	〒						
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
	児童氏名		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	利用中の施設支援の種類・内容及び障害程度区分								
		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
施設訓練等支援費	申請する支援の種類・内容										
	種類	居宅介護	行動援護		児童デイサービス		短期入所				
		外出介護	障害者デイサービス		共同生活援助						
	内容										
種類	身体障害者更生施設 (入所・通所)	身体障害者療護施設 (入所・通所)			身体障害者授産施設 (入所・通所)						
	知的障害者更生施設 (入所・通所)	知的障害者授産施設 (入所・通所)			知的障害者通勤寮						
	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											

(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

〒 -
(町村)
様

市(町村)長



(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、支給量及び障害程度区分			
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			

受給者証を 市(町村) 課に提出してください。

提出先 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 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 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、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 市(町村) 課 住所 電話番号