

## 事務処理要領及び事業所指定に係る参考様式例

### I 事務処理要領に係る参考様式例

- 様式第 1 号 (介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給  
申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書
- 様式第 2 号 (介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給  
決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書
- 様式第 7 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
- 様式第 11 号 障害福祉サービス受給者証
- 様式第 24 号 世帯状況・収入

### II 事業所指定に係る参考様式例

- 付票 1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護事業所・行動援護事業所の指  
定に係る記載事項
- 付票 1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の  
記載事項

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)  
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
	居住地	〒 電話番号		
申請者	フリガナ 支給申請に係る 障害児氏名	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	
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	障害程度 区分の認定	有・無	区分 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	/	
		<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"/> 児童デイサービス		
		<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	
			<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	
居住系	居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<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		
旧設 法支 援	旧設 法支 援	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者更生施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者療護施設(入所・通所)	
		<input type="checkbox"/> 旧身体障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者更生施設(入所・通所)	
		<input type="checkbox"/> 旧知的障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者通勤寮	

サービス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、障害程度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)から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。 申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 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 <u>2. 市町村民税非課税世帯（※）に属する者</u> <u>※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。</u> <u>① 利用者本人の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</u> <u>② ①以外のもの</u> <u>3. 市町村民税非課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者</u>	
	<input type="checkbox"/> II 医療型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、医療型個別減免を申請します。 <20歳以上の方> 1. <u>施設入所者</u> であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯 <u>又は生活保護受給世帯</u> の者 <20歳未満の方> 1. <u>施設入所者</u> であること（年令 才）	
	<input type="checkbox"/> III <u>施設入所者（注）に対する</u> 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の <u>食費等</u> 軽減措置） 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を申請します。 <u>（注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設、特定旧法指定施設）</u>	
	<20歳以上の方> 1. <u>施設入所者</u> であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯 <u>又は生活保護受給世帯</u> の者 <20歳未満の方> 1. <u>施設入所者</u> であること（年令 才）	
	<input type="checkbox"/> IV <u>グループホーム等入居者（注）に対する</u> 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） <u>市町村民税課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。</u> <u>（注）対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム）</u>	
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）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"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

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。

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）		
氏名		申請者との関係	
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) の支給) (及び) (利用者負担額減額・免除等) について、(障害者自立支援法第22条 (及び) 障害者自立支援法第29条 (障害者自立支援法第34条) 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

受給者証番号		支給決定障害者 (保護者) 氏名	
支給決定年月日		支給決定に係る障害児氏名	
障害程度区分		障害程度区分の有効期間	
支給決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給量	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・日法施設支援)	日額 円	左の給付費の適用期間	
特定障害者特別給付費 (共同生活介護・共同生活援助)	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

(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 大正 昭和 平成	年 月 日
	居住地	〒 電話番号		
支給申請に係る 障害児氏名	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		
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	障害程度 区分の認定	有・無	区分 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	/	
	<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"/> 児童デイサービス		
	<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"/> 就労移行支援	
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<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		
旧法 施設 支援	<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"/> 知的障害者通所寮	

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 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 <u>2. 市町村民税非課税世帯（※）に属する者</u> <u>※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。</u> <u>① 利用者本人の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</u> <u>② ①以外のもの</u> 3. 市町村民税非課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型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、医療型個別減免を申請します。	
	<20歳以上の方> 1. <u>施設入所者</u> であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯 <u>又は生活保護受給世帯</u> の者	<20歳未満の方> 1. <u>施設入所者</u> であること（年令 才）
	<input type="checkbox"/> III <u>施設入所者（注）に対する</u> 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の <u>食費等</u> 軽減措置） 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を申請します。 <u>（注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設、特定旧法指定施設）</u>	
	<20歳以上の方> 1. <u>施設入所者</u> であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯 <u>又は生活保護受給世帯</u> の者	<20歳未満の方> 1. <u>施設入所者</u> であること（年令 才）
	<input type="checkbox"/> IV <u>グループホーム等入居者（注）に対する</u> 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） <u>市町村民税課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。</u> <u>（注）対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム）</u>	
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）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"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

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。

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）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

(様式第11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
障害児	フリガナ
	氏名
生年月日	
障害種別	1 2 3
交付年月日	平成 年 月 日
支給市町村名及び印	

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害程度区分	
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
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
旧法施設支援	
サービス種別	
支給量等	障害程度区分
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	障害程度区分
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	
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)

サービス利用計画作成費の支給内容	
支給期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
指定相談支援事業所名	
指定相談支援事業所名	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援 又は 旧法施設支援	支給額 _____ 円/日
	適用期間 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
共同生活介護 又は 共同生活援助	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			
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		
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)

番号	児童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(〃)	日	
	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		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量(〃)	日	
	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	
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量(〃)	日	
	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	
4	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量(〃)	日	
	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	

(十)

## 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			

(十一)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・  
就労継続支援・旧法施設支援(通所)事業者記入欄

番号	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
1		契約支給量(／月) 日	事業者確認印
		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	
		サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
2		契約支給量(／月) 日	事業者確認印
		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	
		サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
3		契約支給量(／月) 日	事業者確認印
		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	
		サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(十二)

療養介護・共同生活介護・共同生活援助・  
施設入所支援・旧法施設支援(入所)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	事業者確認印
		退所(居)日 平成 年 月 日	
2		入所(居)日 平成 年 月 日	事業者確認印
		退所(居)日 平成 年 月 日	
予備欄			

(十三)

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、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1割です。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。)。また、食事等に要する費用について、特定障害者特別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。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。

(十四)

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、障害程度区分の(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。

## 世帯状況・収入(例)

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

次のとおり申告します。

## 1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況	
申請者				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税	<input type="checkbox"/> 非課税

## 2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る。)を申請する場合のみ記入してください。

## (1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

## (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)	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)	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

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		

(記入上の注意)

- 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。
- 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。
- 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。

付表1 居宅介護・重度訪問介護・同行援護事業所・行動援護事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	フリガナ						
	名称						
	所在地	(郵便番号 - ) 県 郡・市					
連絡先	電話番号			FAX番号			
	フリガナ			住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市		
管理者	氏名			住所	(郵便番号 - ) 県 郡・市		
	居宅介護従業者等との兼務の有無			有 ・ 無			
	同一敷地内の他の事業所 又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合記入)		事業所等の名称 兼務する職種及び勤務 時間等				
	当該事業の実施について定めてある定款・寄付行為等又は条例等				第 条 第 項 第 号		
サービス 提供責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 - )	
	氏名				住所	(郵便番号 - )	
従業者の職種・員数		居宅介護等従業者		その他の従業者			
		専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)						
	非常勤(人)						
常勤換算後の人数(人)							
基準上の必要人数(人)							
主な揭示事項							
営業日							
営業時間							
サービス内容		居宅介護【身体介護(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護					
主たる対象者		居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者				
		重度訪問介護	特定無し・加算対象者以外				
		同行援護	特定無し・身体障害者・障害児				
		行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者				
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域							
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない				
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者		
		その他					
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表)					

(備考)

- 複数種類のサービスを実施する場合、「サービス内容」欄に複数のサービス種類を記載して本様式1枚にまとめて提出してください。なお、居宅介護の指定を受けた場合、あわせて重度訪問介護の指定もされることとなりますので、両者の指定を受けようとする場合は居宅介護のみの記載で構いません。
- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 出張所等がある場合は、付表1-2にも記載してください。また、従業者については、本様式中に出張所に勤務する職員も含めて記載してください。
- 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表1-2 居宅介護等を事業所所在地以外の場所で一部実施する場合の記載事項

受付番号

事業所	フリガナ				
	名称				
	所在地	(郵便番号 ー ) 県 郡・市			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
主な揭示事項					
営業日					
営業時間					
サービス内容		居宅介護【身体介護(身体介護・通院介助)・家事援助等(家事援助・通院介助)・乗降介助】 重度訪問介護・同行援護・行動援護			
主たる対象者		居宅介護	特定無し・身体障害者・知的障害者・障害児・精神障害者		
		重度訪問介護	特定無し・加算対象者以外		
		同行援護	特定無し・身体障害者・障害児		
		行動援護	特定無し・知的障害者・障害児・精神障害者		
利用料					
その他の費用					
通常の事業の実施地域					
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況	している・していない		
		苦情解決の措置概要	窓口(連絡先)		担当者
		その他			
添付書類		別添のとおり(定款、寄付行為等及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、経歴書、運営規程、利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表・財産目録等)、設備・備品等一覧表)			

(備考)

1. 「受付番号」欄には、記載しないでください。
2. 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に記載した書類を添付してください。
3. 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
4. 「その他の費用」欄には、利用者に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。
5. 「通常の事業の実施地域」欄には、市区町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。