

(身体障害者 知的障害者 児 童)

居宅生活支援費 施設訓練等支援費 支給申請書

(あて先)〇〇市(町村)長

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			性 別	男 ・ 女				
	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	
				性 別	男・女	続柄			
支給申請に係る 扶養義務者氏名			居住地						続柄
				電話番号					
身体障害者手帳番号				療育手帳番号					
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
居宅生活支援費	申請する支援の種類・内容								
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 知的障害者地域生活援助					
施設訓練等 支援費	<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"/> 心身障害者福祉協会 の設置する福祉施設								

(身体障害者 知的障害者 児童)
居宅生活支援費支給決定・利用者負担額決定通知書

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

(身体障害者福祉法第17条の5 知的障害者福祉法第15条の6 児童福祉法第21条の11)の規定に基づき居宅生活支援費の支給について、下記のとおり決定し、居宅受給者証を交付しますので通知します。

記

居宅受給者証 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	
支 給 期 間			
居宅支援の種類	区 分	支 給 量	利用者負担額
			本 人 扶養義務者
居 宅 介 護			
デイサービス			
短 期 入 所			
知的障害者 地域生活援助			

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地			
	氏 名		続柄	

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) 障害福祉課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者 児童)
 居宅生活支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書

文 書 番 号
 平成 年 月 日

〒 -
 ○市(町・村)

○○ ○○ 様

○○市(町村)長

印

(身体障害者福祉法第17条の5 知的障害者福祉法第15条の6 児童福祉法第21条の11)の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し、あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地 氏 名	続柄
---------------------	------------	----

居 宅 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		
支 給 期 間				
居 宅 支 援 の 種 類	区 分	支 給 量	利 用 者 負 担 額	
			扶 養 義 務 者	本 人
居 宅 介 護				
デ イ サ ー ビ ス				
短 期 入 所				
知 的 障 害 者 地 域 生 活 援 助				

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、○○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

○○市(町村)障害福祉課
 住所
 電話番号

(身体障害者 知的障害者)

施設訓練等支援費支給決定・利用者負担額決定通知書

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

(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)の規定に基づき施設訓練等支援費の支給について、下記のとおり決定し、施設受給者証を交付しますので通知します。

記

施設受給者証 番 号		支給決定障害者 氏 名	
支 給 決 定 日			
支 給 期 間			
施設支援の種類			
障害程度区分			
利用者負担額(本人)			
利用者負担額(扶養義務者)			

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地			
	氏 名		続柄	

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)障害福祉課
住所
電話番号

(身体障害者 知的障害者)
施設訓練等支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書

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

(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)の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し、あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地			
	氏 名		続柄	

施設受給者証 番 号		支給決定障害者 氏 名	
支給決定日			
支給期間			
施設支援の種類			
障害程度区分			
利用者負担額(扶養義務者)			
利用者負担額(本人)			

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)障害福祉課
住所
電話番号