

知的障害者施設支援 施設受給者証 (案)

(様式番号 19-1)

(表面)

(一)		(二)				(三)			
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			知的障害者 施設支援の種類		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						入所日		
	フリガナ			施設訓練等支援費 支給期間		平成 年 月 日	退所日		
	氏 名					平成 年 月 日	入所日		
	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日	男・女	知的障害 程度区分		平成 年 月 日	平成 年 月 日		
施設支給決定に係る 扶養義務者		居住地				平成 年 月 日	平成 年 月 日		
		氏 名			(予備欄)				
交付年月日		利用者負担額		本人				月額	円
				施設支給決定に係る 扶養義務者				扶養義務者	月額
支給市町村名 及び印		利用者負担額 改定欄						平成 年 月 日から	
				本人	月額	円	市町村認印		
				扶養義務者	月額	円	市町村認印		
				平成 年 月 日から			本人	月額	円
				扶養義務者	月額	円	市町村認印		
				平成 年 月 日から			扶養義務者	月額	円
				平成 年 月 日から			特記事項		

知的障害者施設支援 施設受給者証 (案)

(裏面)

(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、利用者負担額欄に記載された金額です。
- 4 支給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、支給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。
- 5 利用者負担額については、負担能力の認定を毎年行い、負担能力に応じて利用者負担額を決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係

(五)

書類を市町村に提出してください。

- 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1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 支給期間内に、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

(六)

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、再交付を受けて下さい。
また、再交付を受けた後、失っ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、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
- 12 この証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。