

○福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則

平成18年 3月30日

規則第78号

改正 平成18年 9月28日規則第136号

平成19年 3月29日規則第46号

平成19年 6月28日規則第125号

平成21年 6月29日規則第89号

平成22年 4月 1日規則第72号

平成23年 9月29日規則第80号

平成24年 3月29日規則第71号

平成25年 3月28日規則第57号

平成26年 3月27日規則第45号

平成27年12月28日規則第145号

平成28年 3月31日規則第103号

平成30年 3月29日規則第35号

令和 3年 3月11日規則第15号

(趣旨)

第1条 この規則は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令（平成18年政令第10号。以下「政令」という。）及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、介護給付費等の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(平成25規則57・一部改正)

(定義)

第2条 この規則において使用する用語の意義は、法、政令及び省令の例によ

る。

(支給の申請)

第3条 法第20条第1項の規定による介護給付費等の支給の申請，法第34条第1項に規定する特定障害者特別給付費若しくは法第35条第1項に規定する特例特定障害者特別給付費（以下「特定障害者特別給付費等」という。）の支給の申請又は法第51条の6第1項の規定による地域相談支援給付費の支給の申請若しくは法第51条の15第1項に規定する特例地域相談支援給付費の支給の申請をしようとする者は，居住地を管轄する区長に対し介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（障がい者の利用（20歳未満の障がい者の施設入所の利用を除く。）に係る申請にあつては様式第1号，障がい者の利用（20歳未満の障がい者の施設入所の利用に限る。）及び障がい児の利用に係る申請にあつては様式第1号の2）を提出しなければならない。

（平成18規則136・全改，平成21規則89・平成24規則71・一部改正）

(障害支援区分の認定)

第4条 区長は，前条の申請を受けた場合において，法第21条第1項の規定による障害支援区分の認定をしたときは，障がい支援区分認定通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

（平成18規則136・追加，平成26規則45・一部改正）

(支給決定等の通知)

第5条 区長は，第3条の申請を受けた場合において，法第22条第1項の規定による介護給付費等の支給の決定（政令第17条第1項に規定する負担上限月額決定を含む。），特定障害者特別給付費等の支給の決定又は法第51条の7第1項の規定による地域相談支援給付費等の支給の決定をしたときは，介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援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3号）により申請者に通知するものとする。

- 2 区長は、第3条の申請を受けた場合において、介護給付費等、特定障害者特別給付費等又は地域相談支援給付費等を支給しないことを決定したときは、介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費支給却下決定通知書（様式第4号）により申請者に通知するものとする。

（平成18規則136・旧第4条繰下・一部改正，平成24規則71・一部改正）

（受給者証の交付）

第6条 区長は、前条第1項の介護給付費等又は特定障害者特別給付費等の支給の決定をしたときは、当該決定を受けた者（以下「受給決定者」という。）に対し障がい福祉サービス受給者証（様式第5号）を交付するものとする。

- 2 区長は、前条第1項の地域相談支援給付費等の支給の決定をしたときは、当該決定を受けた者に対し地域相談支援受給者証（様式第5号の2）を交付するものとする。

- 3 区長は受給決定者のうち、法第70条第1項に規定する療養介護医療費又は法第71条第1項に規定する基準該当療養介護医療費（以下「療養介護医療費等」という。）の支給の決定を受けた者に対しては、前項の受給者証に併せて療養介護医療受給者証（様式第6号）を交付するものとする。

（平成18規則136・旧第5条繰下・一部改正，平成24規則71・一部改正）

（支給決定等の変更の申請）

第7条 法第24条第1項の規定による支給決定の変更の申請，特定障害者特別給付費等の支給決定の変更の申請若しくは法第51条の9第1項の規定による地域相談支援給付決定の変更の申請又は政令第15条の規定による利用者負担額の変更の申請をしようとする者は、居住地を管轄する区長に対し介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援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（障がい者の利用の変更（20歳未満の障がい者の施設入所の利用の変更を除く。）に係る申請にあつては

様式第7号、障がい者の利用の変更（20歳未満の障がい者の施設入所の利用の変更に限る。）及び障がい児の利用の変更に係る申請にあつては様式第7号の2）を提出しなければならない。

（平成18規則136・全改，平成21規則89・平成24規則71・一部改正）

（障害支援区分の変更認定）

第8条 区長は、法第24条第4項の規定による障害支援区分の変更の認定をしたときは、障がい支援区分変更認定通知書（様式第8号）により当該認定を変更された者に通知するものとする。

（平成18規則136・追加，平成26規則45・一部改正）

（支給決定等の変更決定通知）

第9条 区長は、第7条の申請を受けた場合において、法第24条第2項の規定による支給決定の変更の決定、特定障害者特別給付費等の支給決定の変更の決定又は法第51条の9第2項の規定による地域相談支援給付決定の変更の決定をしたときは、介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付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（様式第9号）により申請者に通知するものとする。

2 区長は、第7条の申請を受けた場合において、法第24条第2項に規定する支給決定の変更、特定障害者特別給付費等の支給決定の変更又は地域相談支援給付決定の変更をしないことを決定したときは、介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費支給変更却下決定通知書（様式第10号）により申請者に通知するものとする。

（平成18規則136・追加，平成24規則71・一部改正）

（支給決定の取消通知）

第10条 区長は、法第25条第1項の規定による支給決定の取消し、省令第34条の6第1項の規定による特定障害者特別給付費等の支給の取消し又は法第51条の10第1項の規定による地域相談支援給付費決定の取消しをしたときは、介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費

支給決定取消通知書（様式第11号）により当該決定を取り消された者に通知するものとする。

（平成18規則136・旧第8条繰下・一部改正，平成24規則71・一部改正）

（申請内容の変更の届出）

第11条 政令第15条の規定による氏名その他の省令で定める事項の変更の届出をしようとする者は，居住地（居住地の変更の届出にあつては，変更前の居住地。次条において同じ。）を管轄する区長に対し申請内容変更届（様式第12号）を提出しなければならない。

（平成18規則136・旧第9条繰下・一部改正）

（受給者証の再交付申請）

第12条 政令第16条の規定による受給者証の再交付の申請，政令第26条の8の規定による地域相談支援受給者証の再交付の申請又は第6条第3項の療養介護医療受給者証の再交付の申請をしようとする者は，居住地を管轄する区長に対し受給者証再交付申請書（様式第13号）を提出しなければならない。

（平成18規則136・旧第10条繰下・一部改正，平成24規則71・一部改正）

（サービス等利用計画案提出の依頼）

第13条 区長は，法第22条第4項（同法第24条第3項において準用する場合を含む。）又は第51条の7第4項（同法第51条の9第3項において準用する場合を含む。）の規定によりサービス等利用計画案の提出を求めようとするときは，サービス等利用計画案提出依頼書（様式第14号）により依頼するものとする。

（平成24規則71・全改）

（計画相談支援給付費の申請等）

第14条 前条の規定による依頼を受けた者は，居住地を管轄する区長に対し，計画相談支援給付費支給申請書（様式第14号の2）及び計画相談支援依頼（変

更)届出書(様式第14号の3)を提出しなければならない。

(平成24規則71・追加)

(計画相談支援給付費の支給決定等の通知)

第15条 区長は、前条の規定による申請又は届出を受けた場合において、法第51条の17第1項の規定による計画相談支援給付費の支給又は不支給の決定をしたときは、計画相談支援給付費支給(却下)通知書(様式第15号)により申請者に通知するものとする。

(平成18規則136・追加,平成24規則71・旧第14条繰下・一部改正)

(モニタリング期間の変更決定通知)

第16条 区長は、前条の支給の決定をした後に、継続サービス利用支援におけるモニタリング期間(省令第6条の16に規定する期間をいう。)の変更を決定したときは、モニタリング期間変更通知書(様式第16号)により申請者に通知するものとする。

(平成24規則71・追加)

(計画相談支援給付費の支給の取消通知)

第17条 区長は、省令第34条の55第1項の規定により計画相談支援給付費の支給の取消しをしたときは、計画相談支援給付費支給取消通知書(様式第17号)により当該支給を取り消された者に通知するものとする。

(平成18規則136・追加,平成24規則71・旧第15条繰下・一部改正)

(高額障害福祉サービス等給付費の支給の申請)

第18条 法第76条の2第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給の申請をしようとする者は、居住地を管轄する区長に対し高額障がい福祉サービス等給付費支給申請書(様式第18号)を提出しなければならない。

(平成18規則136・旧第11条繰下・一部改正,平成24規則71・旧第17条繰下・一部改正)

(高額障害福祉サービス等給付費の支給決定等の通知)

第19条 区長は、前条の申請を受けた場合において、高額障害福祉サービス等

給付費の支給又は不支給の決定をしたときは、高額障がい福祉サービス等給付費支給（却下）決定通知書（様式第19号）により申請者に通知するものとする。

（平成18規則136・旧第12条繰下・一部改正，平成24規則71・旧第18条繰下・一部改正）

（障がい者更生相談所の判定等）

第20条 区長は、介護給付費等に関し、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第9条第8項及び知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第9条第7項の規定により障がい者更生相談所に判定を求めるときは、判定依頼書（様式第20号）を障がい者更生相談所の長に送付するものとする。

2 障がい者更生相談所の長は、前項の判定を行った場合は、区長に判定書（様式第21号）を送付するものとする。

（平成18規則136・旧第13条繰下・一部改正，平成24規則71・旧第19条繰下，平成26規則45・一部改正）

（介護給付費等の請求）

第21条 特例介護給付費，特例訓練等給付費，特例特定障害者特別給付費，特例地域相談支援給付費又は特例計画相談支援給付費の支給の決定を受けた者が当該決定に係るサービスを受けたときは、当該サービスの支給量（特例地域相談支援給付費においては、地域相談支援給付量）の範囲内のものに限り、そのサービスの提供に要した費用を支給するものとする。

2 支給決定障がい者等は、介護給付費等，特定障害者特別給付費等，地域相談支援給付費等，計画相談支援給付費若しくは特例計画相談支援給付費又は療養介護医療費等の請求（指定障がい福祉サービス事業者等，基準該当事業所，基準該当施設，指定一般相談支援事業者又は指定特定相談支援事業者が請求する場合を除く。）をしようとするときは、当該支給の決定を受けた者の居住地を管轄する区長に対し介護給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費・計画相談支援給付費・療養介護医療費請求書（兼領収書）

(様式第22号)を提出しなければならない。

- 3 前項の請求は、該当するサービスの提供を受けた月ごとに、当該月の翌月の10日までに行わなければならない。

(平成18規則136・旧第14条繰下・一部改正，平成24規則71・旧第20条繰下・一部改正)

(特例介護給付費又は特例訓練等給付費の額)

第22条 法第30条第2項に規定する特例介護給付費又は特例訓練等給付費の額は、1月につき、同一の月に受けた次の各号に掲げる障害福祉サービスの区分に応じ、当該各号に定める額を合計した額からそれぞれ政令第19条各号に定める額（当該額が、同一の月に受けた特例介護給付費又は特例訓練等給付費の額を合計した額の100分の10に相当する額を超えるときは、当該相当する額）を控除して得た額とする。

- (1) 指定障害福祉サービス等 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号。以下「厚生労働省告示第523号」という。）により算定した費用の額（その額が現に当該指定障害福祉サービス等に要した費用（省令第25条に規定する費用を除く。）の額を超えるときは、当該現に指定障害福祉サービス等に要した費用の額）
- (2) 基準該当障害福祉サービス 障害福祉サービスの種類ごとに基準該当障害福祉サービスに通常要する費用（省令第25条に規定する費用を除く。）につき厚生労働省告示第523号により算定した費用の額（その額が現に当該基準該当障害福祉サービスに要した費用（省令第25条に規定する費用を除く。）の額を超えるときは、当該現に基準該当障害福祉サービスに要した費用の額）

(平成24規則71・追加，平成25規則57・一部改正)

(特例地域相談支援給付費の額)

第23条 法第51条の15第2項に規定する特例地域相談支援給付費の額は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定地域相談支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成24年厚生労働省告示第124号）により算定した費用の額（その額が現に当該指定地域相談支援に要した費用の額を超えるときは、当該現に指定地域相談支援に要した費用の額）に相当する額とする。

（平成24規則71・追加，平成25規則57・一部改正）

（特例計画相談支援給付費の額）

第24条 法第51条の18第2項に規定する特例計画相談支援給付費の額は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成24年厚生労働省告示第125号）により算定した費用の額（その額が現に当該基準該当計画相談支援に要した費用の額を超えるときは、当該現に基準該当計画相談支援に要した費用の額）に相当する額とする。

（平成24規則71・追加，平成25規則57・一部改正）

（契約支給量の報告）

第25条 次に掲げる報告をしようとする指定障がい福祉サービス事業者又は基準該当事業所は、当該報告に係る支給決定障害者等の居住地を管轄する区長に対し契約内容（障がい福祉サービス受給者証記載事項）報告書（様式第23号）を提出しなければならない。

- (1) 福岡市指定障がい福祉サービスの事業等の人員，設備及び運営の基準等を定める条例（平成24年福岡市条例第57号。以下「サービス基準」という。）第11条第3項（同条第4項において準用する場合を含む。次号において同じ。）の規定による受給者証記載事項に係る報告
- (2) サービス基準第50条，第96条，第124条，第150条，第160条，第173条，第186条，第191条及び第195条において準用するサービス基準第11条第3項の規定による受給者証記載事項に係る報告

- (3) サービス基準第55条第2項の規定による受給者証記載事項に係る報告
(同条第3項において準用する場合を含む。)
- (4) 福岡市指定障がい者支援施設等の人員、設備及び運営の基準等を定める
条例（平成24年福岡市条例第58号）第12条第3項（同条第4項において準
用する場合を含む。）の規定による受給者証記載事項に係る報告
(平成18規則136・旧第16条繰下・一部改正，平成24規則71・旧第22
条繰下・一部改正，平成25規則57・一部改正)
- (入退居の報告)

第26条 サービス基準第200条の2第2項の規定による受給者証記載事項に係
る報告をしようとする指定障がい福祉サービス事業者又は基準該当事業所は、
当該報告に係る支給決定障害者等の居住地を管轄する区長に対し入退居報告
書（様式第24号）を提出しなければならない。

(平成18規則136・旧第17条繰下・一部改正，平成24規則71・旧第23
条繰下，平成25規則57・平成26規則45・一部改正)

(委任)

第27条 この規則に定めるもののほか，この規則の施行に関し必要な事項は，
市長が定める。

(平成18規則136・旧第18条繰下，平成24規則71・旧第24条繰下)

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は，平成18年4月1日から施行する。

(介護給付費等の支給の申請に関する特例)

- 2 第3条に規定する申請をしようとする者が政令附則第11条に規定する者に
該当する場合は，市長が別に定める書類を提出しなければならない。

附 則（平成18年9月28日規則第136号）

(施行期日)

- 1 この規則は，平成18年10月1日から施行する。

(福岡市支援費の支給に関する規則の廃止)

- 2 福岡市支援費の支給に関する規則(平成14年福岡市規則第115号)は、廃止する。

(福岡市支援費の支給に関する規則の廃止に伴う経過措置)

- 3 前項の規定にかかわらず、障害者自立支援法(平成17年法律第123号。以下この項において「法」という。)附則第41条第1項の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた法附則第35条の規定による改正前の身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第27条第2項の規定による指定身体障害者更生施設等又は法附則第58条第1項の規定によりなお従前の例により運営することができることとされた法附則第52条の規定による改正前の知的障害者福祉法(昭和35年法律第37号)第19条第2項の規定による指定知的障害者更生施設が次の各号に掲げる報告をするときは、当該報告に係る契約の相手方たる介護給付費等の支給決定者の居住地を管轄する区長に対し、それぞれ当該各号に定める様式を提出しなければならない。

- (1) 障害者自立支援法の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令(平成18年厚生労働省令第169号。以下「整備省令」という。)による廃止前の指定身体障害者更生施設等の整備及び運営に関する基準(平成14年厚生労働省令第79号。以下「指定身体施設基準」という。)第13条第2項及び整備省令による廃止前の指定知的障害者更生施設等の設備及び運営に関する基準(平成14年厚生労働省令第81号。以下「指定知的施設基準」という。)第14条第2項の規定による受給者証記載事項のうち契約内容に係る報告 契約内容(障がい福祉サービス受給者証記載事項)報告書(様式第23号)

- (2) 整備省令による廃止前の指定身体施設基準第13条第2項の規定に基づく受給者証記載事項のうち入退所に係る報告及び整備省令による廃止前の指定知的施設基準第14条第2項の規定に基づく受給者証記載事項のうち入退所に係る報告 前項による廃止前の福岡市支援費の支給に関する規則第13

条に規定する入退所報告書（様式第18号）

附 則（平成19年3月29日規則第46号）

この規則は、平成19年4月1日から施行する。

附 則（平成19年6月28日規則第125号）

この規則は、平成19年7月1日から施行する。

附 則（平成21年6月29日規則第89号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成21年7月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則別記様式第1号及び第7号の規定により作成された様式は、当分の間、なお所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成22年4月1日規則第72号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成23年9月29日規則第80号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成23年10月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則別記様式第1号、第1号の2、第3号、第5号、第7号及び第7号の2の規定により作成された様式は、当分の間、なお所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成24年3月29日規則第71号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則

の規定により作成された様式は、当分の間、なお所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成25年 3 月 28 日規則第57号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成25年 4 月 1 日から施行する。ただし、第22条第 1 号の改正規定（「平成18年厚生労働省告示第169号」を「平成18年厚生労働省告示第523号。以下「厚生労働省告示第523号」という。」に改める部分に限る。）並びに同条第 2 号，別記様式第 1 号（裏）及び様式第 7 号（裏）の改正規定は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則の規定により作成された様式は、この規則による改正後の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則の規定にかかわらず、当分の間、なお所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成26年 3 月 27 日規則第45号）

（施行期日）

- 1 この規則は、平成26年 4 月 1 日から施行する。ただし、第20条第 1 項の改正規定は、公布の日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則（次項において「改正前の規則」という。）別記様式第 3 号の規定により作成された介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書であってこの規則の施行の際現に効力を有するものについては、この規則による改正後の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則（同項において「改正後の規則」という。）別記様式第 3 号の規定により作成された介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費支給決定通知書

兼利用者負担額減額・免除等決定通知書とみなす。

- 3 改正前の規則の規定（別記様式第2号，様式第3号及び様式第8号の規定を除く。）により作成された様式は，改正後の規則の規定にかかわらず，当分の間，なお所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成27年12月28日規則第145号）

（施行期日）

- 1 この規則は，平成28年1月1日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則別記様式第1号，様式第1号の2，様式第7号，様式第7号の2，様式第12号，様式第13号，様式第14号の2及び様式第18号の規定により作成された様式は，この規則による改正後の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則の規定にかかわらず，当分の間，なお所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成28年3月31日規則第103号）

（施行期日）

- 1 この規則は，平成28年4月1日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則別記様式第2号から様式第4号まで，様式第8号から様式第11号まで，様式第15号から様式第17号まで及び様式第19号の規定により作成された様式は，当分の間，なお所要の調整をして使用することができる。

附 則（平成30年3月29日規則第35号）

（施行期日）

- 1 この規則は，平成30年4月1日から施行する。
（経過措置）
- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則

別記様式第1号，様式第1号の2，様式第5号，様式第7号及び様式第7号の2の規定により作成された様式は，当分の間，なお所要の調整をして使用することができる。

附 則（令和3年3月11日規則第15号）

（施行期日）

- 1 この規則は，令和3年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則による改正前の福岡市障がい者介護給付費等の支給に関する規則別記様式第1号，様式第1号の2，様式第5号，様式第5号の2，様式第7号及び様式第7号の2の規定により作成された様式は，当分の間，なお所要の調整をして使用することができる。

様式第1号

(表)

障がい福祉サービス等に関する申請書 (障がい者世帯)
 [介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費]
 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

(宛先) 福岡市 区長 (区 課) 申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。(代筆者 申請者との関係)

申請者	フリガナ	生年月日	年齢	歳
	氏名	個人番号:	年 月 日	
	居住地	(電話)		点字による通知 要・不要
身体障害者手帳	障がい名	級	療育手帳	障がい程度
精神障害者 保健福祉手帳	有・無	障がい程度	難病等	疾患名
	障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援サービスを申請する者に限る。)			有・無

申請するサービスの種類等	介護給付費	訪問系 その他	・居宅介護 ・短期入所	・重度訪問介護 ・重度障がい者等包括支援	・同行援護 ・行動援護	
		日中活動系	・療養介護 ・生活介護			
		医療保険の被保険者証の記号及び番号(※療養介護を申請する場合)				保険者名
	主治医	居住系	・施設入所支援			
		有・無	医療機関名	主治医氏名		
			所在地	(電話)		
	同意欄	医師意見書を作成した医師から障がい支援区分の認定結果の開示を求められた場合に、提示することに同意します。 本人氏名()				
訓練等給付費	日中活動系	・自立訓練(機能訓練) ・就労移行支援 ・就労継続支援(A型)	・自立訓練(生活訓練) ・就労移行支援(養成施設) ・就労継続支援(B型)	・宿泊型自立訓練 ・就労定着支援		
	居住系	・共同生活援助(グループホーム) ・自立生活援助				
地域相談支援	種類	・地域移行支援 ・地域定着支援				
・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						
現在利用している介護保険サービスの種類等	要介護認定	有・無	要介護度	要支援(1 2)・要介護(1 2 3 4 5)		
利用中のサービスと内容等						

(裏面も記入してください。)

(裏)

① 月額負担上限額	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 【下記にあてはまる番号のいずれかに○を付けてください。】
	1 生活保護受給世帯の方又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている方 2 本人及び配偶者が市町村民税非課税者であって、本人の障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方 3 本人及び配偶者が市町村民税非課税者であって、上記2に該当しない方 4 本人又は配偶者が市町村民税課税者であって、世帯の市民税所得割額の合算額が16万円未満の方 5 本人又は配偶者が市町村民税課税者であって、世帯の市民税所得割額の合算額が16万円以上の方 ※ 1の生活保護受給世帯等の方は、II以降を記載していただく必要はありません。

② 申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する申請(療養介護利用者) 【下記のいずれにもあてはまる方は、医療型個別減免を申請できます。】						
	<table border="1"><tr><td><20歳以上の方></td><td><20歳未満の方></td></tr><tr><td>1 療養介護利用者である。(年齢 歳)</td><td>1 療養介護利用者である。(年齢 歳)</td></tr><tr><td>2 市町村民税非課税世帯に属する。</td><td></td></tr></table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1 療養介護利用者である。(年齢 歳)	1 療養介護利用者である。(年齢 歳)	2 市町村民税非課税世帯に属する。	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>					
	1 療養介護利用者である。(年齢 歳)	1 療養介護利用者である。(年齢 歳)					
	2 市町村民税非課税世帯に属する。						
<input type="checkbox"/> III 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する申請(入所施設の食事軽減措置) ※ 対象施設は障がい者支援施設です。 【下記のいずれにもあてはまる方は、特定障がい者特別給付費(補足給付)を申請できます。】							
1 施設入所者である。(20歳～59歳・60歳～64歳・65歳以上) 2 市町村民税非課税世帯に属する。							
<input type="checkbox"/> IV 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する申請(グループホーム入居者の家賃軽減措置) ※ 対象施設は、共同生活援助(グループホーム)です。 【下記にあてはまる方は、特定障がい者特別給付費(補足給付)を申請できます。】 市町村民税非課税世帯に属する。							
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)に関する申請 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置 : 特例補足給付)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してください。
届出者欄(申請者自身が届け出る場合には本欄の記入は不要です。)

届出者	フリガナ		申請者との関係
	氏名		
	住所	〒	(電話)

その他の連絡先

フリガナ		申請者との続柄	携帯電話等 日中連絡がとれる電話番号
氏名			号

様式第1号の2

(表)

障がい福祉サービス等に関する申請書
 (18歳以上20歳未満の施設入所者・障がい児世帯)
 (介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書)

(宛先) 福岡市 区長

(区 課)

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。(代筆者 申請者との関係)

申請者 (18歳未満の場合、保護者)	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	個人番号				
	居住地	〒 — (電話)			点字による通知 要・不要
支援申請に係る児童氏名 (18歳未満の児童)	フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	個人番号	申請者との続柄			
身体障害者手帳	障がい名	級	療育手帳	障がい程度	
精神障害者 保健福祉手帳	有・無		難病等	疾患名	
	障がい程度			級	

申請するサービスの種類等	介護給付費	訪問系 その他	・居宅介護 ・重度訪問介護 ・同行援護 ・行動援護 ・短期入所 ・重度障がい者等包括支援			
		日中活動系	・療養介護 ・生活介護			
		医療保険の被保険者証の記号及び番号 (※療養介護を申請する場合)			保険者名	
	主治医	居住系	・施設入所支援			
		有・無	医療機関名		主治医氏名	
			所在地 〒 — (電話)			
	同意欄	医師意見書を作成した医師から障がい支援区分の認定結果の開示を求められた場合に、提示することに同意します。 本人氏名 ()				
訓練等給付費	日中活動系	・自立訓練(機能訓練) ・自立訓練(生活訓練) ・宿泊型自立訓練 ・就労移行支援 ・就労移行支援(養成施設) ・就労定着支援 ・就労継続支援(A型) ・就労継続支援(B型)				
	居住系	・共同生活援助(グループホーム) ・自立生活援助				
地域相談支援	種類	・地域移行支援 ・地域定着支援				
・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						
現在利用している介護保険サービスの種類等	要介護認定	有・無	要介護度			
	利用中のサービスと内容等		要支援 (1 2) ・要介護 (1 2 3 4 5)			

(裏面も記入してください。)

(裏)

① 月額負担上限額	㊦ア 月額負担上限額に関する認定 【下記にあてはまる番号のいずれかに○を付けてください。】 1 生活保護受給世帯の方又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付世帯の方 2 市町村民税非課税世帯に属する方であって、本人（本人が児童である場合は保護者）の障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方 3 市町村民税非課税世帯に属する方であって上記2に該当しない方 4 市町村民税課税世帯に属する方であって、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円未満の方 5 市町村民税課税世帯に属する方であって、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円以上の方 ※ 1の生活保護受給世帯等の方は、イ以降を記載していただく必要はありません。
--------------	---

② 申請する減免の種類	□イ 特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する申請（入所施設の食事軽減措置） ※ 対象施設は障がい者支援施設です。 【20歳未満の施設入所者の方は、特定障がい者特別給付費（補足給付）を申請できます。】 （ 18歳未満 ・ 18歳 ・ 19歳 ）
	□ウ 特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する申請（グループホーム入居者の家賃軽減措置） ※ 対象施設は、共同生活援助（グループホーム）です。 【下記にあてはまる方は、特定障がい者特別給付費（補足給付）を申請できます。】 市町村民税非課税世帯に属する。
	□エ 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する申請 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置：特例補足給付）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ください。
 届出者欄（申請者本人が届け出る場合には記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係
	氏名		
	住所	〒 —	(電話)

その他の連絡先

フリガナ		申請者との続柄	携帯電話等 日中連絡がとれる電話番号
氏名			

様式第2号

年 月 日

様

障がい支援区分認定通知書

福岡市 区長 団

先に申請のあった介護給付費の支給申請に基づき、下記のとおり障がい支援区分の認定を行ったので通知します。

記

氏 名		認 定 年 月 日	年 月 日
障 がい 児 氏 名			
障 がい 支 援 区 分	理由		
障 がい 支 援 区 分 の 認 定 の 有 効 期 間		年 月 日～	年 月 日
(留意事項)			
1 上記の障がい支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。			
2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障がい支援区分の変更をする場合があります。			
3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。			

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 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じ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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第3号

年 月 日

様

福岡市 区長 団

介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

先に申請のあった介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等について、次のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

受給者証番号	支給決定障がい者 (保護者)氏名		
支給決定年月日		支給決定に係る 障がい児氏名		
障がい支援区分		障がい支援区分の有効期間	年 月 日	
月額利用者負担上限額	円	左の上限月額の適用期間	年 月 日	
特定障がい者特別給付費 (施設入所支援)	円	左の給付費の適用期間	年 月 日	
特定障がい者特別給付費 (共同生活援助)	円	左の給付費の適用期間	年 月 日	
支給決定内容	サービスの種類	有効期間	サービスの種類	
	支援の内容及び支給量		支援の内容及び支給量	
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
		年 月 日		年 月 日
特記事項				

療養介護医療	公費負担者番号	公費受給者番号
	療養介護医療の 負担上限月額	月額	食事療養の 自己負担上限額	月額
	上限額の適用期間			

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
(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じ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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第4号

年 月 日

様

福岡市 区長 印

介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
支給却下決定通知書

先に申請のあった介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

申請者氏名

1 申請事項


2 却下の理由

備考

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - (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じ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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第5号
(1ページ)

		障がい福祉サービス受給者証						
受給者証番号								
支給決定障がい者等	居住地							
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日							
障がい児	フリガナ							
	氏名							
	生年月日							
障がい種別		1 2 3 4						
交付年月日								
支給市町村名 及 び 印	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;">4</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">1</td> <td style="width: 20px;">3</td> <td style="width: 20px;">0</td> <td style="width: 20px;">7</td> </tr> </table> 印 福岡市 福岡市中央区天神一丁目8番1号		4	0	1	3	0	7
4	0	1	3	0	7			

(2ページ)

介護給付費の支給決定内容	
障がい支援区分	
認定有効期間	から まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から まで
予備欄	

(3ページ)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から まで

(4ページ)

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	から まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	から まで
予備欄	

(5ページ)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	から まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特定障がい者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	
適用期間	から まで
共同生活援助又は重度障がい者等包括支援	
支給額	
適用期間	から まで
予備欄	

(6ページ)

利用者負担に関する事項			
利用者負担 上限月額	適用期間	から	まで
	適用期間	から	まで
	適用期間	から	まで
食事提供体制加算対象者			
適用期間	から	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			

(7ページ)

支 給 量 変 更 の 記 載 欄		
サービスの種類	変更後の支給量	福岡市認印
	変更年月日 年 月 日	
	変更年月日 年 月 日	
	変更年月日 年 月 日	
	変更年月日 年 月 日	
予備欄		

(8ページから19ページまで)

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(20ページから24ページまで)

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
		年 月 日から		
		年 月 日まで		
		年 月 日から		
		年 月 日まで		
		年 月 日から		
		年 月 日まで		
		年 月 日から		
		年 月 日まで		
		年 月 日から		
		年 月 日まで		
		年 月 日から		
		年 月 日まで		
		年 月 日から		
		年 月 日まで		
		年 月 日から		
		年 月 日まで		

(25ページから27ページまで)

番号	生活介護・自立訓練・ 就労移行支援・就労継続支援・事業者記入欄 就労定着支援・自立生活援助	
	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(28ページ及び29ページ)

療養介護・共同生活援助・事業者記入欄 施設入所支援		
番号	事業者及びその事業所の名称	入居日・退居日
		入居日 年 月 日
		退居日 年 月 日
		入居日 年 月 日
		退居日 年 月 日
		入居日 年 月 日
		退居日 年 月 日
		入居日 年 月 日
		退居日 年 月 日

(30ページから33ページまで)

予備欄

(34ページ)

注 意 事 項

- 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。
- 2 指定障がい福祉サービス等又は基準該当障がい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がい福祉サービス事業者等又は基準該当事業者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 指定障がい福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障がい者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額を基準として、福岡市が定める額(福岡市が定める額が、指定障がい福祉サービス等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、6ページの利用者負担上限月額欄に記載された金額が、1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。)
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、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)にお問い合わせください。
- 5 利用者負担上限月額及び特定障がい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、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)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、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

(35ページ)

- 7 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行うことができます。
また、他の種類の障がい福祉サービスを受ける必要がある場合は、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)に支給申請をしてください。(サービスの種類によっては、障がい支援区分の(変更)認定を受ける必要があります。)
- 8 この証の1・6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、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)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、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)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、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)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、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)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、この証を交付した各区窓口(36ページ参照)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がい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。

(36ページ)

問合せ先



●身体障がい者・知的障がい者・難病等・障がい児の方
課

	電 話	F A X
東 区		
博 多 区		
中 央 区		
南 区		
城 南 区		
早 良 区		
西 区		

●精神障がい者の方
課

	電 話	F A X
東 区		
博 多 区		
中 央 区		
南 区		
城 南 区		
早 良 区		
西 区		

様式第5号の2
(1ページ)

		地域相談支援受給者証						
受給者証番号								
地域相談支援給付決定障がい者	居住地							
	フリガナ							
	氏名							
	生年月日							
障がい種別	1 2 3 4							
交付年月日								
支給市町村名 及び印	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">7</td> </tr> </table> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;">  </div>		4	0	1	3	0	7
4	0	1	3	0	7			
福岡市 福岡市中央区天神一丁目8番1号								

(2ページ)

地域相談支援給付費の給付決定内容	
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	から まで
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	から まで
予備欄	

(3ページ)

支 給 量 変 更 の 記 載 欄		
サービスの種類	変更後の支給量	福岡市認印
	変更年月日 年 月 日	
	変更年月日 年 月 日	
	変更年月日 年 月 日	
	変更年月日 年 月 日	
予備欄		

(4ページ)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月から 年 月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

(5ページから9ページまで)

一般相談支援事業者記載欄		
提供する 地域相談支援の 種類	事業者及びその 事業所の名称	契約日 サービス提供終了日
		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
予備欄		

(10ページから14ページまで)

予備欄

(15ページ)

注 意 事 項

- 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。
- 2 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
- 3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、この証を交付した各区窓口(16ページ参照)にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。
- 4 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、この証を交付した各区窓口(16ページ参照)にその旨を届け出てください。
- 5 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。給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した各区窓口(16ページ参照)にご連絡、ご相談ください。
また、給付決定期間内に、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、この証を交付した各区窓口(16ページ参照)に届け出てください。
- 6 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、この証を交付した各区窓口(16ページ参照)に返してください。
- 7 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を交付した各区窓口(16ページ参照)に返してください。
- 8 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。
- 9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。

(16ページ)

問合せ先

●身体障がい者・知的障がい者・難病等・障がい児の方
課

	電 話	FAX
東 区		
博 多 区		
中 央 区		
南 区		
城 南 区		
早 良 区		
西 区		

●精神障がい者の方
課

	電 話	FAX
東 区		
博 多 区		
中 央 区		
南 区		
城 南 区		
早 良 区		
西 区		

様式第6号

療養介護医療受給者証															
公費負担者番号															
公費受給者番号															
支給決定障がい者	フリガナ														
	居住地														
	フリガナ					生年月日									
	氏名					年 月 日									
被保険者証の記号及び番号						保険者名及び番号									
負担上限月額		療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く。)				月額		円							
		食事療養(生活療養)				月額		円							
適用期間		年 月 日から 年 月 日まで													
交付年月日		年 月 日													
支給市町村名及び印		<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>4</td><td>0</td><td>1</td><td>3</td><td>0</td><td>7</td> </tr> </table>								4	0	1	3	0	7
		4	0	1	3	0	7								
福岡市 福岡市中央区天神一丁目8番1号															

注 意 事 項 欄
<ol style="list-style-type: none"> 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 療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障がい福祉サービス受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定療養介護事業者に提示してください。 3 療養介護医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が1月当たりの上限になります。(※医療型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。) 4 療養介護医療の負担上限月額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。 5 療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費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、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。 6 この証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。 7 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に届け出てください。 8 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。 9 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。 10 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場合があります。

様式第7号

(表)

障がい福祉サービス等に関する変更申請書 (障がい者世帯)
 介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
 支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

(宛先) 福岡市 () 区長 () 区 () 課 () 申請年月日 年 月 日
 次のとおり申請します。 (代筆者 () 申請者との関係 ())

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	年齢	歳
	氏名	個人番号:					
	居住地	〒 —		(電話)		点字による通知 要・不要	
身体障害者手帳	障がい名		級	療育手帳	障がい程度		
精神障害者保健福祉手帳	有・無			難病等	疾患名		
	障がい程度		級				
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援サービスを申請する者に限る。)						有・無	
変更を申請するサービスの種類等	介 護 費	訪問系その他	・居宅介護 ・重度訪問介護 ・同行援護 ・行動援護 ・短期入所 ・重度障がい者等包括支援				
		日中活動系	・療養介護 ・生活介護				
		医療保険の被保険者証の記号及び番号(※療養介護を申請する場合)					保険者名
	主 治 医	居住系	・施設入所支援				
		有・無	医療機関名			主治医氏名	
			所在地 〒 — (電話)				
	同意欄	医師意見書を作成した医師から障がい支援区分の認定結果の開示を求められた場合に、提示することに同意します。 本人氏名()					
	訓 練 等 費	日中活動系	・自立訓練(機能訓練) ・自立訓練(生活訓練) ・宿泊型自立訓練 ・就労移行支援 ・就労移行支援(養成施設) ・就労定着支援 ・就労継続支援(A型) ・就労継続支援(B型)				
		居住系	・共同生活援助(グループホーム) ・自立生活援助				
	地 域 相 談 支 援	種 類	・地域移行支援 ・地域定着支援 ・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				
現在利用している介護保険サービスの種類等	要介護認定	有・無		要介護度	要支援(1 2)・要介護(1 2 3 4 5)		
	利用中のサービスと内容等						

(裏面も記入してください。)

(裏)

① 月額負担上限額	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 【下記にあてはまる番号のいずれかに○を付けてください。】
	1 生活保護受給世帯の方又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている方 2 本人及び配偶者が市町村民税非課税者であって、本人の障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方 3 本人及び配偶者が市町村民税非課税者であって、上記2に該当しない方 4 本人又は配偶者が市町村民税課税者であって、世帯の市民税所得割額の合算額が16万円未満の方 5 本人又は配偶者が市町村民税課税者であって、世帯の市民税所得割額の合算額が16万円以上の方 ※ 1の生活保護受給世帯等の方は、II以降を記載していただく必要はありません。

② 申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する申請(療養介護利用者) 【下記のいずれにもあてはまる方は、医療型個別減免を申請できます。】						
	<table border="1"><tr><td><20歳以上の方></td><td><20歳未満の方></td></tr><tr><td>1 療養介護利用者である。(年齢 歳)</td><td>1 療養介護利用者である。(年齢 歳)</td></tr><tr><td>2 市町村民税非課税世帯に属する。</td><td></td></tr></table>	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	1 療養介護利用者である。(年齢 歳)	1 療養介護利用者である。(年齢 歳)	2 市町村民税非課税世帯に属する。	
	<20歳以上の方>	<20歳未満の方>					
	1 療養介護利用者である。(年齢 歳)	1 療養介護利用者である。(年齢 歳)					
	2 市町村民税非課税世帯に属する。						
<input type="checkbox"/> III 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する申請(入所施設の食事軽減措置) ※ 対象施設は障がい者支援施設です。 【下記のいずれにもあてはまる方は、特定障がい者特別給付費(補足給付)を申請できます。】							
1 施設入所者である。(20歳～59歳・60歳～64歳・65歳以上) 2 市町村民税非課税世帯に属する。							
<input type="checkbox"/> IV 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する申請(グループホーム入居者の家賃軽減措置) ※ 対象施設は、共同生活援助(グループホーム)です。 【下記にあてはまる方は、特定障がい者特別給付費(補足給付)を申請できます。】 市町村民税非課税世帯に属する。							
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)に関する申請 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置：特例補足給付)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してください。
届出者欄(申請者自身が届け出る場合には本欄の記入は不要です。)

届出者	フリガナ		申請者との関係
	氏名		
	住所	〒 —	(電話)

その他の連絡先

フリガナ	申請者との続柄	携帯電話等 日中連絡がとれる電話番号
氏名		号

様式第7号の2

(表)

障がい福祉サービス等に関する変更申請書
(18歳以上20歳未満の施設入所者・障がい児世帯)

(介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書)

(宛先) 福岡市 区長
(区 課) 申請年月日 年 月 日
次のとおり申請します。(代筆者 申請者との関係)

申請者 (18歳未満の場合、保護者)	フリガナ	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	氏名	個人番号					点字による通知 要・不要
	居住地	(電話)					
支給申請に係る児童氏名 (18歳未満の児童)	フリガナ	生年月日	年	月	日	年齢	歳
	氏名	個人番号	申請者との続柄				
身体障害者手帳	障がい名	級	療育手帳	障がい程度			
精神障害者保健福祉手帳	有・無	障がい程度	級	難病等	疾患名		

申請するサービスの種類等	介護給付費	訪問系その他	・居宅介護 ・重度訪問介護 ・同行援護 ・行動援護 ・短期入所 ・重度障がい者等包括支援				
		日中活動系	・療養介護 ・生活介護				
		医療保険の被保険者証の記号及び番号 (※療養介護を申請する場合)					保険者名
	主治医 同意欄	居住系	・施設入所支援				
		有・無	医療機関名			主治医氏名	
			所在地 〒 (電話)				
	訓練等給付費	日中活動系	・自立訓練(機能訓練) ・自立訓練(生活訓練) ・宿泊型自立訓練 ・就労移行支援 ・就労移行支援(養成施設) ・就労定着支援 ・就労継続支援(A型) ・就労継続支援(B型)				
			居住系	・共同生活援助(グループホーム) ・自立生活援助			
		地域相談支援	種類	・地域移行支援 ・地域定着支援			
	現在利用している介護保険サービスの種類等	・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					
要介護認定		有・無	要介護度	要支援(1 2) ・要介護(1 2 3 4 5)			
利用中のサービスと内容等							

(裏面も記入してください。)

(裏)

① 月額負担上限額	ア 月額負担上限額に関する認定 【下記にあてはまる番号のいずれかに○を付けてください。】
	1 生活保護受給世帯の方又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付世帯の方 2 市町村民税非課税世帯に属する方であって、本人（本人が児童である場合は保護者）の障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下の方 3 市町村民税非課税世帯に属する方であって上記2に該当しない方 4 市町村民税課税世帯に属する方であって、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円未満の方 5 市町村民税課税世帯に属する方であって、世帯の市民税所得割額の合算額が28万円以上の方 ※ 1の生活保護受給世帯等の方は、イ以降を記載していただく必要はありません。

② 申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> イ 特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する申請（入所施設の食事軽減措置） ※ 対象施設は障がい者支援施設です。 【20歳未満の施設入所者の方は、特定障がい者特別給付費（補足給付）を申請できます。】 （ 18歳未満 ・ 18歳 ・ 19歳）
	<input type="checkbox"/> ウ 特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する申請（グループホーム入居者の家賃軽減措置） ※ 対象施設は、共同生活援助（グループホーム）です。 【下記にあてはまる方は、特定障がい者特別給付費（補足給付）を申請できます。】 市町村民税非課税世帯に属する。
	<input type="checkbox"/> エ 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する申請 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置：特例補足給付）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ください。

届出者欄（申請者本人が届け出る場合には記入不要です。）

届出者	フリガナ		申請者との関係
	氏名		
	住所	〒 —	(電話)

その他の連絡先

フリガナ		申請者との続柄	携帯電話等 日中連絡がとれる電話番号
氏名			

様

福岡市 区長 団

障がい支援区分変更認定通知書

先に申請のあった介護給付費の支給申請・支給決定の変更申請に基づき、下記のとおり障がい支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

受給者証番号		支給決定 障がい者氏名	
認定年月日	年 月 日	障がい児氏名	

障がい支援区分	変更前	区分
	変更後	区分
	理由	
障がい支援区分の 認定の有効期間		
(留意事項) 1 上記の障がい支援区分の結果や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定(の変更)を行います。 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障がい支援区分の変更をする場合があります。 3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。		

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。), 提起することができます。
 なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 (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じ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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第9号

年 月 日

様

福岡市 区長 団

介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
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

先に申請のあった介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費の
支給変更及び利用者負担額減額・免除等の変更について、下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番号	支給決定障がい者 (保護者)氏名	
変更年月日	年 月 日	支給決定に係る 障がい児氏名	
変更の内容	変更前		
	変更後		
変更の理由			

受給者証を下記提出先まで提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先

提出期限

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 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じ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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第10号

年 月 日

様

福岡市 区長 団

介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
支給変更却下決定通知書

先に申請のあった介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費の支給変更及び利用者負担額減額・免除等の変更について、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

申請者氏名

1 申請事項

2 却下の理由

備考

- 1 この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - (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じ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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第11号

年 月 日

様

福岡市 区長 団

介護給付費・訓練等給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費
支給決定取消通知書

下記のとおり支給決定を取り消したので通知します。

記

受給者証番号		支給決定障がい者 (保護者)氏名	
支給決定取消日	年 月 日	支給決定に係る 障がい児氏名	
支給決定取消 するサービスの 種類及び内容			
取消理由			

受給者証を下記提出先まで提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先

提出期限

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、提起することができます。
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 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じ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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第12号

申請内容変更届

(宛先)福岡市

区長

申請内容に変更があったので、次のとおり届け出ます。

届出日 年 月 日

届出者	フリガナ			<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 代行者	
	氏名			申請者との関係			
	居住地	〒		(電話)			
変更前の内容				変更後の内容			
申請者 (保護者)	フリガナ			フリガナ			
	氏名	個人番号:		氏名	個人番号:		
	生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日		
	居住地	〒		居住地	〒		
	連絡先	(電話)		連絡先	(電話)		
支給申請にかか る児童	フリガナ			フリガナ			
	氏名	個人番号:		氏名	個人番号:		
	居住地	〒		居住地	〒		
	連絡先	(電話)		連絡先	(電話)		
	申請者との続柄		生年月日	年 月 日	申請者との続柄		生年月日

※ 変更した内容を証する書類を添付すること。

様式第13号

受給者証再交付申請書

(宛先)福岡市

区長

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

申請日 年 月 日

申請者	障がい福祉サービス受給者証番号		療養介護医療受給者証	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号： 〒 (電話)		
支給決定に係る児童	フリガナ		続柄	
	氏名	個人番号： 〒 (電話)	生年月日	年 月 日
再交付の理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損 又は き損 <input type="checkbox"/> その他()			
届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	
	氏名		受給者との関係	
	居住地	〒 (電話)		
備考				

※ 従前使用していた受給者証を添付すること(紛失を除く。)

様式第14号

年 月 日

様

サービス等利用計画案提出依頼書

福岡市 区長 印

障害者総合支援法(第22条第4項, 第24条第3項, 第51条の7第4項)の規定に基づき, 支給(給付)要否決定を行うに当たって, サービス等利用計画案の提出を求めます。

提出にあたっては, 下記の書類を併せて提出願います。

記

・計画相談支援給付費支給申請書

※ 既に計画相談支援給付費の支給を受けている場合であって, 計画相談支援給付費支給の期間内であるときは, 提出不要。

・計画相談支援(変更)届出書

※ 既に計画相談支援給付費の支給を受けている場合であって, 計画相談支援を担当する事業者変更がない場合は, 提出不要。

提出先

提出期限

様式第14号の2

計画相談支援給付費支給申請書

(宛先)福岡市 区長
(区 課)

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号： 〒		
	居住地	電話番号		
申請に係る障がい児氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号： 〒	続柄	
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)			
フリガナ		申請者との関係		
氏名				
住所	〒 電話番号			

様式第14号の3

計画相談支援依頼(変更)届出書

(宛先)福岡市 区長
(区 課)

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分 新規・変更

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	申請に係る障がい児氏名		続柄	

計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒 電話番号

指定特定相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

変更年月日 平成 年 月 日

様式第15号

年 月 日

様

福岡市 区長 印

計画相談支援給付費支給(却下)通知書

障害者総合支援法第51条の17第1項の規定に基づき、計画相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

記

障がい福祉サービス ・地域相談支援 受給者証番号		申請者氏名	
		申請に係る 児童氏名	
支給の可否	可 ・ 否		
支給 する	支給期間	年 月 ～ 年 月	
	モニタリング 期間		
支給 しない	支給しない 理由		

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第16号

年 月 日

様

福岡市 区長 印

モニタリング期間変更通知書

継続サービス利用支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

記

障がい福祉サービス ・地域相談支援 受給者証番号		変更に係る 障がい者 (保護者)	
		変更に係る 児童氏名	
変更後の モニタリング期間			
障がい福祉サービス受給者 証，地域相談支援受給者証 の提出期限及び提出先	提出先： 提出期限： 年 月		

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第17号

年 月 日

様

福岡市 区長 印

計画相談支援給付費支給取消通知書

障害者総合支援法第51条の17第1項の規定に基づき、計画相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

障がい福祉サービス ・地域相談支援 受給者証番号		支給取消に係る 障がい者 (保護者)	
		支給取消に係る 児童氏名	
支給取消日	平成 年 月 日		
取消理由			
障がい福祉サービス 受給者証、地域相談 支援受給者証提出先 及び提出期限	提出先： 提出期限： 年 月		

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判)があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁判)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第18号

高額障がい福祉サービス等給付費支給申請書

(宛先)福岡市 区長
(区 課)

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											
申請者氏名	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法による受給者又は被保険者の場合										
	個人番号:	制 度	受給者証番号又は被保険者証番号								
生年月日	年	月	日								
居 住 地	〒 電話番号										
フリガナ	続 柄										
支給決定に係る障がい児氏名	生年月日		年 月 日								
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額			申請に係るサービス利用月			年 月 分					
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額											
支給決定障がい者等の同一世帯に属する他の	氏 名	生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法による受給者又は被保険者の場合								
	個人番号:		制 度	受給者証番号又は被保険者証番号							
	個人番号:										
	個人番号:										

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- (注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障がい者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス等給付費等の受領は、(下記口座へ振込・現金受領)願います。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他								
	フリガナ										
	口座名義人										

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											申請者との関係
氏 名											
住 所	〒										電話番号

様式第19号

年 月 日

高額障がい福祉サービス等給付費支給(却下)決定通知書

様

福岡市 区長 印

平成 年 月 日に申請のありました高額障がい福祉サービス等給付費の支給について障害者総合支援法第76条の2に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障がい者等氏名		受給者証番号																		
支給決定に係る障がい児氏名																				

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係るサービス利用月	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給の理由			

支 払 方 法																			
<input type="checkbox"/> 窓 口 払		<input type="checkbox"/> 口 座 払																	
お持ちいただくもの	<ul style="list-style-type: none"> この通知書 受給者証 申請書に使用した印鑑 	振込先	金融機関																
			口座種目																
支払場所			口座番号																
支払期間	年 月 日～ 年 月 日 月曜から金曜 午前 時 ～ 午後 時		口座名義人																

備考

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、福岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する判決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、福岡市を被告として(訴訟において福岡市を代表する者は福岡市長となります。)、提起することができます。
 なお、次のいずれかに該当する場合は、この判決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても判決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他判決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する判決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求に対する判決)があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

様式第20号

判定依頼書

第 号
年 月 日

(宛先)障がい者更生相談所長

区長
(区 課)

次の者について判定を依頼します。

判定対象者	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日	日生 (歳)
	住所	〒			
	電話番号				
身障手帳	手帳番号	第 号	等級	級 種	種
	交付年月日	年 月 日			
	障がい名				
療育手帳	手帳番号	第 号			
	交付年月日	年 月 日			
	障がい程度				
	直近判定日				
申請サービス種別					
依頼内容					
添付書類					
備考					

様式第21号

判 定 書

第 号
年 月 日

(宛先) 区長

障がい者更生相談所長

年 月 日付 第 号にて依頼のあった判定結果は、以下のとおりです。

フリガナ 氏 名		生年 月日	年 月 日生 (歳)
住 所	〒		
◇ 医学的判定			
◇ 心理学的判定			
◇ 職能的判定			
◇ 社会的評価			
総合判定 意見			

様式第22号
 介護給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費・計画相談支援給付費・療養介護医療費 請求書(兼領収書)

【 年 月分】

(宛先)福岡市 区長

次のとおり関係書類を添えて、介護給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費・計画相談支援給付費・療養介護医療費を請求します。

提出日 年 月 日

請求者 (保護者)	フリガナ 氏名			生年 月日	年 月 日		
	受給者証番号	〒		(電話 ー ー)			
請求に係る 児童	フリガナ 氏名			生年 月日	年 月 日		
請求額	円 (うち特定障がい者特別給付費の額 円)					円	
届出者	フリガナ 氏名			<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	申請者との関係		
	居住地	〒		(電話 ー ー)			
支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込 <input type="checkbox"/> 窓口払い						
	上記の介護給付費・特定障がい者特別給付費・地域相談支援給付費・計画相談支援給付費・療養介護医療費を下記の口座に振り込んでください。						
	口座振込 依頼欄	金融機関 名	銀行 農 協		本店 支 店		
		金融機関 コード			店舗コード		
	口座 普通 番号 当座	フリガナ 口座名義人					
※この請求書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。							
(宛先) 資金前渡者 区 上記の金額を受領しました。 年 月 日 住所 福岡市 区 氏名 _____							

様式第23号

契約内容(障がい福祉サービス受給者証記載事項)報告書

(宛先)福岡市 区長

報告年月日	年	月	日
-------	---	---	---

事業者番号	
事業者及びその事業所名称	
代表者	

下記のとおり当事業者との契約内容(障がい福祉サービス受給者証記載事項)について報告します。
報告先の市町村(福祉事務所)

市町村(福祉事務所)名	市町村番号又は福祉事務所番号	福祉事務所コード
-------------	----------------	----------

報告対象者

受給者証番号	支給決定障がい者(保護者)氏名	支給決定に係る児童氏名
--------	-----------------	-------------

契約締結又は契約内容変更による契約支給量の報告

受給者証の事業者記入欄番号	サービス内容 (統合サービスコード名称略称)		契約支給量		提供終了月中の終了日までの既提供量(※)		契約開始年月日	契約終了年月日(※)	契約報告理由	
	サービスコード		数量	単位	数量	単位			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	1新規契約
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	3契約変更(今回新規契約)
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	1新規契約
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	3契約変更(今回新規契約)
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	1新規契約
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	3契約変更(今回新規契約)
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	1新規契約
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	3契約変更(今回新規契約)
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	1新規契約
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	3契約変更(今回新規契約)
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	1新規契約
				時間		時間			<input type="checkbox"/>	3契約変更(今回新規契約)

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

受給者証の事業者記入欄番号	サービス内容 (統合サービスコード名称略称)		提供終了月中の終了日までの既提供量(※)		契約開始年月日	契約終了年月日(※)	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由	
	サービスコード		数量	単位			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				時間			<input type="checkbox"/>	2契約変更(前回契約の終了)
				時間			<input type="checkbox"/>	4契約終了
				時間			<input type="checkbox"/>	2契約変更(前回契約の終了)
				時間			<input type="checkbox"/>	4契約終了
				時間			<input type="checkbox"/>	2契約変更(前回契約の終了)
				時間			<input type="checkbox"/>	4契約終了
				時間			<input type="checkbox"/>	2契約変更(前回契約の終了)
				時間			<input type="checkbox"/>	4契約終了

※ 契約時に契約終了日が決定している場合のみ記載する。

