

(一) 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	
交付年月日	
支給市町村及び 印	
保健福祉センター所長	
電話	
FAX	

(二) 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	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	
予備欄	

(三)

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

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

(七) 訪問系サービス事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	
1	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	※訪問系支給量によりサービス費算出する	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	月 時間 分
	契約日	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	月 時間 分
	契約日	年 月 日

(八) 訪問系サービス事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	
4	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	※訪問系支給量によりサービス費算出する	年 月 日
5	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 時間 分
	契約日	年 月 日
6	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 時間 分
	契約日	年 月 日

(九) 訪問系サービス事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	
7	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	※訪問系支給量によりサービス費算出する	年 月 日
8	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 時間 分
	契約日	年 月 日
9	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 時間 分
	契約日	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
1		年 月 日から		
2		年 月 日まで		
3		年 月 日から		
4		年 月 日まで		
5		年 月 日から		
6		年 月 日まで		
7		年 月 日から		
8		年 月 日まで		
9		年 月 日から		
10		年 月 日まで		
11		年 月 日から		
12		年 月 日まで		

(五) 計画相談支援給付費の支給内容

支給期間	
指定特定相談支援事業者名	
モニタリング期間	
モニタリング予定月	
特定障がい者特別給付費の支給内容	
支給額	
運用期間	
予備欄	

(六) 利用者負担に関する事項

負担上限月額		円
運用期間		
利用者負担上限管理対象者の有無		
利用者負担額上限管理事業所名		
特記事項欄		
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 指定障がい福祉サービス等、共生型障がい福祉サービス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、この証にマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等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、一月あたりの上限額として、六面の負担上限月額欄に記載された金額までとなります。また、食事等に要する費用について、特定障がい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、基準該当障がい福祉サービスを受ける場合等は、お住まいの区の保健福祉センター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、この証と必要な関係書類をお住まいの区の保健福祉センターの窓口へ提出してください。

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、お住まいの区の保健福祉センターの窓口にご証を添えて、支給の再申請をしてください。

7 支給量の変更を必要とする場合や、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、変更の申請をすることができます。（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。）

(十四) 注意事項欄

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、この証を添えてお住まいの区の保健福祉センターの窓口にご証を添えてください。

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、この証を交付した区の保健福祉センターの窓口にご連絡、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、この証を交付した区の保健福祉センターの窓口（旧居住地）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、速やかに区の保健福祉センターに返してください。

11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を区の保健福祉センターに返してください。

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。

(十一) 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
13		年 月 日から		
14		年 月 日まで		
15		年 月 日から		
16		年 月 日まで		
17		年 月 日から		
18		年 月 日まで		
19		年 月 日から		
20		年 月 日まで		
21		年 月 日から		
22		年 月 日まで		
23		年 月 日から		
24		年 月 日まで		

(十二) 生活介護・自立生活援助・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・就労定着支援 事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	
1	サービス内容	
	契約支給量（/月）	日
	契約日	年 月 日
	※訪問系支給量によりサービス費算出する	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（/月）	日
	契約日	年 月 日

(十三) 生活介護・自立生活援助・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・就労定着支援 事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	
3	サービス内容	
	契約支給量（/月）	日
	契約日	年 月 日
	※訪問系支給量によりサービス費算出する	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（/月）	日
	契約日	年 月 日

(十四) 療養介護・共同生活援助・施設入所支援 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
1		年 月 日 年 月 日
2		年 月 日 年 月 日
3		年 月 日 年 月 日
4		年 月 日 年 月 日
予備欄		