

様式第7号（第6条関係）

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及び児童福祉法に係る 利用者負担額災害等減額・免除認定証 交付年月日 年 月 日											
受給者 又は 給付決定保護者	受給者番号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年	月	日	生						
児 童	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	年	月	日	生						
	適用年月	年	月	分	から						
	有効期限	年	月	分	まで						
減 額 ・ 免 除 認 定 額		負担上限月額 0 円									
<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											
区保健福祉センター所長											
住所											
電話											
F A X											

注 意 事 項

- 1 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、指定障がい児通所・入所支援又は基準該当障がい児通所支援（以下「指定障がい福祉サービス等」という。）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、指定障がい児通所支援事業所・指定障がい児入所施設又は基準該当障がい児通所支援事業所に提示してください。
- 2 療養介護、肢体不自由児通所医療又は障がい入所医療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、指定障がい児通所事業所又は指定障がい児入所支援施設に提示してください。
- 3 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、指定障がい福祉サービス等に要した費用（食費、光熱水費を除く。）から指定障がい福祉サービスに要した費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。なお基準該当障がい福祉サービス、基準該当障がい児通所支援を受ける場合等は、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。
- 4 減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定証の有効期限にいったときは速やかに、この証を交付した区の保健福祉センターに返してください。
- 5 この証の表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、この証を交付した区の保健福祉センターに其の旨を届け出てください。
- 6 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。