

(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 障がい児入所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障がい児入所施設に提示してください。
- 3 障がい児入所支援を受けるにあたっての利用者負担金額については、この証の(二)の利用者負担に関する事項欄に記載しています(個別減免等の認定を受けた場合は減免後の額を表示。また、食事及び居住に要する費用については、特定入所障がい児食費等給付費の支給内容欄に記載)。
- 4 支給決定期間を経過したときは障がい児入所給付費の支給を受けられません。支給決定期間を経過する前に保健福祉センター窓口はこの証を添えて、支給再申請をしてください。
- 5 利用者負担金額に関する事項については障がい児入所支援決定者の収入等に応じて毎年見直しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を保健福祉センター窓口へ提出してください。
- 6 この証の(一)(二)の記載事項に変更があったときは、14日以内に保健福祉センター窓口へその旨を届け出てください。
- 7 支給決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移す場合は、事前に、この証を交付した保健福祉センター窓口へご連絡、ご相談ください。
- 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。再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、保健福祉センター窓口へ速やかにご返却ください。また、受給者の資格がなくなったときについても同様です。
- 9 障がい児入所給付費等の決定内容欄に記載されていない指定施設支援については、障がい児入所給付費の支給は受けられません。また、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。

(一)

障がい児入所受給者証

受給者証番号		
入所給付決定保護者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
障がい児	生年月日	
	フリガナ	
	氏名	
交付年月日	生年月日	
	フリガナ	
	氏名	
支給都道府県又は市の名称及び印		
		電話 F A X

(二)

障がい児入所給付費等の決定内容	
施設支援の種類 及び内容	
給付決定期間	から まで
特定入所障がい児食費等給付費の支給内容	
支給額	
適用期間	から まで
利用者負担に関する事項	
負担上限月額	
適用期間	から まで
特記事項	

(三)

障がい児入所支援施設等の記入欄	
障がい児入所支援施設等の名称	入所日・退所日
	入所日 年 月 日
	退所日 年 月 日
	入所日 年 月 日
	退所日 年 月 日
	入所日 年 月 日
	退所日 年 月 日
(予備欄) 負担上限月額は、児童福祉法施行令に規定する負担軽減の期間が延長されない場合等には変更することがあります。	