

## 児童福祉法における障がい児支援にかかる給付費等の支給事務取扱要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）第21条の5の3に規定する障がい児通所給付費、法第21条の5の4に規定する特例障がい児通所給付費及び法第21条の5の12に規定する高額障がい児通所給付費（以下「障がい児通所給付費等」という。）、第24条の2に規定する障がい児入所給付費及び法第24条の7に規定する特定入所障がい児食費等給付費及び法第24条の20に規定する障がい児入所医療費（以下「障がい児入所給付費等」という。）及び法第24条の26に規定する障がい児相談支援給付費及び法第24条の27に規定する特例障がい児相談支援給付費（以下「障がい児相談支援給付費等」という。）の支給に関して、法、その他の法令で別に定めるものを除き、必要な事項を定めるものとする。

### (定義)

第2条 この要綱における用語の意義は、法、施行令及び施行規則の例による。

### (障がい児通所給付費等の支給申請)

第3条 法第21条の5の6第1項の規定による申請を行おうとする障がい児の保護者は、保健福祉センター所長に、児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（様式第1-1号）に、次に掲げる書類を添えて提出しなければならない。

- (1) 現に障がい児通所支援（法第21条の5の3第1項に規定する指定障がい児通所支援事業者から障がい児通所支援を受けた場合をいう。以下同じ。）に係る支給決定を受けている場合には、当該障がい児通所受給者証
- (2) 世帯状況・収入申告書（様式第2号）等、負担上限月額算定のために必要な事項に関する書類
- (3) その他保健福祉センター所長が必要と認めるもの

2 通所給付決定期間又は利用者負担の軽減適用期間の満了に際し、保健福祉センター所長は、障がい児（通所・入所）給付更新手続きのお知らせ（様式第3-1号）又は減額免除更新のお知らせ（様式第3-2号）により、通所給付決定保護者に対し更新手続きについて通知するものとする。通所給付決定保護者が、継続して通所決定及び利用者負担軽減を受けるために申請を行おうとする場合には、前項と同様の手続きをとるものとする。なお、利用者負担の軽減に関する更新だけを申請する場合は、児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費利用者負担額減額・免除等申請書（様式第1-2号）に、本条第1項第1号から第3号に掲げる書類を添えて提出しなければならない。

3 保健福祉センター所長は、必要に応じて本条第1項各号に掲げる書類の提出を省略させることができる。

(特例障がい児通所給付費の支給申請)

第4条 法第21条の5の6第1項の規定による申請をした日から当該通所給付決定の効力が生じた日の前日までの間に、緊急やむを得ない理由により指定通所支援を受けようとするときは、保健福祉センター所長に、特例障がい児通所給付費支給申請書(様式第4号)に次に掲げる書類を添えて提出しなければならない。

- (1) サービス提供証明書(障がい児通所給付費明細書の様式に準じて指定障がい児通所支援事業者が作成する)
- (2) 領収証

(高額障がい児(通所・入所)給付費の支給申請)

第5条 同一の月に受けた障がい児通所支援及び障がい児入所支援に要した費用の額から当該費用につき支給された障がい児通所給付費及び特例障がい児通所給付費、障がい児入所支援給付費の合計額を控除して得た額が、著しく高額であるとき、高額障がい児(通所・入所)給付費の支給を受けようとする通所給付決定保護者及び入所給付決定保護者は、大阪市長に、高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児(通所・入所)給付費支給申請書(様式第5号)を提出しなければならない。

(障がい児入所給付費等の支給申請)

第6条 法第24条の3第1項の規定による申請を行おうとする障がい児の保護者は、保健福祉センター所長に、児童福祉法に基づく障がい児(通所・入所)給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式第1-1号)に、次に掲げる書類を添えて提出しなければならない。

- (1) 現に障がい児入所支援(法第24条の2第1項に規定する指定障がい児入所施設等に入所又は入院した場合を言う。以下同じ。)に係る支給決定を受けている場合には、当該障がい児入所受給者証並びに障がい児入所医療受給者証
- (2) 世帯状況・収入申告書(様式第2号)等、負担上限月額(特定入所障がい児食費等給付費の支給等、その他利用者負担の軽減を含む。以下同じ。)の算定のために必要な事項に関する書類
- (3) その他保健福祉センター所長が必要と認めるもの

2 支給決定期間又は利用者負担の軽減適用期間の満了に際し、保健福祉センター所長は、障がい児(通所・入所)給付更新手続きのお知らせ(様式第3-1号)又は減額免除更新のお知らせ(様式第3-2号)により、入所給付決定保護者に対し更新手続きについて通知するものとする。入所給付決定保護者が、継続して支給決定及び利用者負担軽減を受けるために申請を行おうとする場合には、前項と同様の手続きをとるものとする。なお、利用者負担の軽減に関する更新だけを申請する場合は、児童福祉法に基づく障がい児(通所・入所)給付費利用者負担額減額・免除等申請書(様式第1-2号)に、本条第1項第1号から第3号に掲げる書類を添えて提出しなければならない。

3 保健福祉センター所長は、必要に応じて本条第1項各号に掲げる書類の提出を省略させることができる。

(障がい児通所給付費等の支給決定)

第7条 法第21条の5の5第1項の支給決定を行う場合、保健福祉センター所長は、第3条の申請が行われたときは、次の各号に掲げる事項について決定し、申請者に対して、障がい児(通所・入所・相談支援)給付費支給決定兼減額・免除決定通知書(様式第6号)により通知するとともに、障がい児通所受給者証(様式第7-1号)並びに児童発達支援のうち治療に係るものを受ける場合は肢体不自由児通所(障がい児入所)医療受給者証(様式第8号)をあわせて交付するものとする。

- (1) 支給するサービスの種類及び支援の内容
- (2) 支給量
- (3) 通所給付決定の有効期間
- (4) 負担上限月額に関する事項
- (5) その他保健福祉センター所長が必要と認める事項

2 前項の支給決定を行う場合において、保健福祉センター所長は、当該申請に係る障がい児の心身の状態、当該障がい児の介護を行う者の状況、当該障がい児及びその保護者の障がい児通所支援の利用に関する意向その他の内閣府令で定める事項を勘案したうえで、適切な支給量(法第21条の5の7第7項に規定する支給量をいう。)を定めるものとし、法第6条の2の2第2項から第5項で規定する障がい児通所支援の支給量については、別表の範囲内で定めるものとする。ただし、次項に規定する勘案事項の聴き取り又は第6項に規定する障がい児支援利用計画案により、別表の範囲を超えて支給決定する妥当性が認められた場合はこの限りではない。

3 障がい児について、第1項及び前項の規定により障がい児通所給付費等の支給の要否の決定(以下「通所支給要否決定」という。)を行うときは、勘案事項整理票(様式第9号)により必要な事項を勘案したうえで、障がい児の調査票(5領域20項目)(様式第10-1号)により障がいの状況を確認することとする。

4 保健福祉センター所長は、第1項及び第2項の規定により障がい児通所給付費等の支給決定を行うにあたって必要があると認めるときは、大阪市子ども相談センター所長又は大阪市南部子ども相談センター所長、大阪市北部子ども相談センター所長(以下「子ども相談センター所長」という。)の意見を聴くことができる。

5 子ども相談センター所長は、前項の意見を述べるにあたって必要があると認めるときは、当該通所支給要否決定に係る障がい児、その保護者及び家族、医師その他の関係者の意見を聴くことができる。

6 保健福祉センター所長は、通所支給要否決定を行うにあたって必要と認められる場合として内閣府令で定めるところにより、申請に係る障がい児の保護者に対し、法第24条の26第1項第1号に規定する指定障がい児相談支援事業者が作成する障がい児支援利用計画案の提出を求めるものとする。

7 保健福祉センター所長は、障がい児支援利用計画案の提出があった場合には、内閣府令で定める事項及び当該障がい児支援利用計画案を勘案して通所支給要否決定を行うものとする。

8 保健福祉センター所長は、障がい児通所給付費等を支給しない又は負担上限月額に関する決定を行わない旨の決定を行ったときは、申請者に障がい児(通所・入所・相談支援)給付

費却下決定通知書（様式第 11－1 号）又は障がい児（通所・入所）給付費減免却下決定通知書（様式第 11－2 号）を交付するものとする。

（特例障がい児通所給付費の支給決定）

第 8 条 法第 21 条の 5 の 4 の支給決定を行う場合、保健福祉センター所長は、次の各号に掲げる事項について決定し、申請者に対して、特例障がい児通所給付費支給（不支給）決定通知書（様式第 12 号）により通知する。

- （1）支給決定の内容
- （2）第 4 条において申請した日から前条において決定された指定通所支援を開始する日の前日までの間に受けた指定通所支援の費用の利用者負担額
- （3）その他保健福祉センター所長が必要と認める事項

（高額障がい児（通所・入所）給付費の支給決定）

第 9 条 法第 21 条の 5 の 12 の支給決定を行う場合、大阪市長は、その内容（利用者負担世帯合算額、支給決定保護者等利用者負担合算額、世帯の高額障がい児通所給付費算定基準額等）を審査し、申請者に対して、高額障がい児（通所・入所）給付費支給決定通知書（様式第 13－1 号）又は高額障がい児（通所・入所）給付費不支給決定通知書（様式第 13－2 号）、並びに複数月の支給決定又は不支給決定を行う場合については支給対象月別明細（様式第 13－3 号）により通知する。

- 2 大阪市長は、申請者が第 5 条第 1 項を満たさない場合は、申請者に高額障がい児（通所・入所）給付費却下決定通知書（様式第 13－4 号）を交付するものとする。

（障がい児入所給付費等の支給決定）

第 10 条 法第 24 条の 2 第 1 項の入所給付決定を行う場合、保健福祉センター所長は、第 6 条の申請が行われたときは、次の各号に掲げる事項について決定し、申請者に対して、障がい児（通所・入所・相談支援）給付費支給決定兼減額・免除決定通知書（様式第 6 号）により通知するとともに、障がい児入所受給者証（様式第 7－2 号）並びに、医療型施設より障がい児入所支援を受ける場合は肢体不自由児通所（障がい児入所）医療受給者証（様式第 8 号）をあわせて交付するものとする。

- （1）支給するサービスの種類及び支援の内容
- （2）入所給付決定の有効期間
- （3）負担上限月額に関する事項
- （4）その他保健福祉センター所長が必要と認める事項

- 2 前項の決定を行う場合において、保健福祉センター所長は、当該申請に係る障がい児の心身の状態、当該障がい児の養育を行う者の状況、当該障がい児の保護者の障がい児入所給付費の受給の状況等必要な事項を勘案したうえで支給の要否を定めるものとする。

- 3 障がい児について、第 1 項及び前項の規定により障がい児入所給付費等の支給決定を行うときは、こども相談センター所長の意見を聴かななければならない。

- 4 こども相談センター所長は、支給決定に係る児童の状況等、障がい児入所給付費等の支給

決定に必要な意見をとりとまとめ、勘案事項整理票（様式第9号）により必要な事項を勘案したうえで、意見書（様式第10-2号）により保健福祉センター所長に通知するものとする。

- 5 保健福祉センター所長は、障がい児入所給付費等を支給しない又は負担上限月額に関する決定を行わない旨の決定を行ったときは、申請者に障がい児（通所・入所・相談支援）給付費却下決定通知書（様式第11-1号）又は障がい児（通所・入所）給付費減免却下決定通知書（様式第11-2号）を交付するものとする。
- 6 第6条の申請に対し、当該障がい児入所支援の提供体制の整備の状況により利用できる見込みがない場合等特別な理由がある場合には、第1項の規定に関わらず、同項の支給決定を行わず、受給者証を交付しないことができる。この場合は、こども相談センター所長は、支給決定を行わない理由等必要な事項を、遅滞なく申請者に対して説明するとともに、利用調整にあたるものとする。

（障がい児相談支援給付費の支給決定）

第11条 法第24条の26に規定する障がい児相談支援給付費の支給を受けようとする者（以下「障がい児相談支援対象保護者」という。）は、児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（様式第1-1号）により、保健福祉センター所長に申請しなければならない。

- 2 障がい児相談支援対象保護者は、指定障がい児相談支援事業者より提供された障がい児支援利用計画案（様式第24号）と計画相談支援・障がい児相談支援依頼（変更）届出書（様式第25号）を保健福祉センター所長に提出しなければならない。
- 3 保健福祉センター所長は、第1項の規定による申請を受けたときは、提出された障がい児支援利用計画案の内容等を勘案して障がい児相談支援給付費の支給決定を行い、障がい児（通所・入所・相談支援）給付費支給決定兼減額・免除決定通知書（様式第6号）により通知する。
- 4 保健福祉センター所長は、施行規則第1条の2の7による標準期間としてモニタリング期間を設定し、障がい児通所受給者証にその旨記載したうえで、障がい児通所給付費等の支給決定に準じて取り扱うものとする。

（特例障がい児相談支援給付費の支給決定）

第12条 保健福祉センター所長は、障がい児相談支援対象保護者が、指定障がい児相談支援（法第24条の31第1項の内閣府令で定める基準及び同条第2項の内閣府令で定める指定障がい児相談支援の事業の運営に関する基準に定める事項のうち内閣府令で定めるものを満たすと認められる事業を行う事業者により行われるものに限る。以下この条において「基準該当障がい児相談支援」という。）を受けた場合において、必要があると認めるときは、内閣府令で定めるところにより、基準該当障がい児相談支援に要した費用について、特例障がい児相談支援給付費を支給決定し、特例障がい児相談支援給付費支給（不支給）決定通知書（様式第14号）により通知する。

（支給申請の取り下げの届出）

第13条 第3条及び第4条、第6条について申請者は、申請後、支給決定又は負担上限月額に

関する決定が行われるまでに、支給決定又は負担上限月額に関する決定を要しない状況となった場合には、障がい児（通所・入所）給付費支給申請内容取下届（様式第15-1号）又は障がい児（通所・入所）給付費利用者負担額減額・免除等申請内容取下届（様式第15-2号）を保健福祉センター所長に提出しなければならない。

- 2 保健福祉センター所長は、前項の届出を受けたときは、申請者に対して、障がい児（通所・入所）給付費取下通知書（様式第15-3号）により通知する。
- 3 第5条について申請者は、申請後、支給決定に関する決定が行われるまでに、支給決定に関する決定を要しない状況となった場合には、高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費支給申請取下届（様式第16-1号）を大阪市長に提出しなければならない。
- 4 大阪市長は、前項の届出を受けたときは、申請者に対して、高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費取下通知書（様式第16-2号）により通知する。

#### （支給決定の変更）

第14条 第7条及び第8条、第10条、第11条、第12条について、支給決定の変更又は負担上限月額に関する変更の申請をしようとする支給決定保護者は、保健福祉センター所長に、児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費支給内容等変更申請書（様式第17-1号）又は児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費減免内容等変更申請書（様式第17-2号）を提出しなければならない。

- 2 前項の通所給付決定の変更の決定を行う場合においては、第7条の規定を準用する。この場合において、同条第1項中「法第21条の5の5第1項の支給決定」とあるのは「法第21条の5の5第1項の支給決定の変更の決定」と、「第3条の申請」とあるのは「第14条第1項の申請」と、「障がい児（通所・入所・相談支援）給付費支給決定兼減額・免除決定通知書（様式第6号）」とあるのは「障がい児（通所・入所・相談支援）給付費支給変更決定兼減免変更決定通知書（様式第18号）」と、同条第3項中「支給の要否の決定」とあるのは「支給変更の要否の決定」と、同条第4項中「支給決定」とあるのは「支給決定の変更の決定」と、同条第8項中「支給しない旨の決定」とあるのは「支給の変更をしない旨の決定」と読み替える。
- 3 第1項の入所給付決定の変更の決定を行う場合においては、第10条の規定を準用する。この場合において、同条第1項中「法第24条の2第1項の入所給付決定」とあるのは「法第24条の2第1項の入所給付決定の変更の決定」と、「障がい児（通所・入所・相談支援）給付費支給決定兼減額・免除決定通知書（様式第6号）」とあるのは「障がい児（通所・入所・相談支援）給付費支給変更決定兼減免変更決定通知書（様式第18号）」と、同条第2項中「支給の要否を定めるものとする」とあるのは「支給変更の要否を定めるものとする」と、同条第3項及び第4項中「支給決定」とあるのは「支給決定の変更の決定」と、同条第5項中「支給しない旨の決定」とあるのは「支給の変更をしない旨の決定」と、同条第6項中「第6条の申請」とあるのは「第14条第1項の申請」と読み替える。
- 4 第9条第1項の支給決定の内容に変更があった場合は、支給決定保護者に対し高額障がい児（通所・入所）給付費支給変更決定通知書（様式第19号）により通知する。

(支給決定の取消し)

第 15 条 第 7 条及び第 8 条、第 10 条、第 11 条、第 12 条について保健福祉センター所長は、次の各号に掲げる事項に該当する場合には、支給決定保護者に対し当該支給決定を取り消すとともに、その旨を障がい児（通所・入所・相談支援）給付費支給決定取消通知書（様式第 20 号）により当該支給決定保護者に対し通知するものとする。

(1) 支給決定に係る障がい児又は本人が障がい児（通所・入所）支援を受ける必要がなくなったと認めるとき

(2) 支給決定保護者が、支給決定の有効期間内に、当該市町村等以外の市町村の区域内に居住地を有するに至ったと認めるとき

2 保健福祉センター所長は、前項の規定による支給決定の取消しを行った場合には、当該取消しに係る障がい児（通所・入所）受給者証並びに肢体不自由児通所医療受給者証もしくは障がい児入所医療受給者証の返還を求めるものとする。

(居住地の変更及び氏名の変更の届出等)

第 16 条 当該市町村等内の居住地の変更及び氏名の変更の届出をしようとする支給決定保護者等は、障がい児（通所・入所）給付費氏名変更・転居届（様式第 21 号）を保健福祉センター所長に提出しなければならない。

(受給者証の再交付)

第 17 条 障がい児（通所・入所）受給者証並びに肢体不自由児通所医療受給者証もしくは障がい児入所医療受給者証の再交付申請は、障がい児（通所・入所）給付費受給者証等再交付申請書（様式第 22 号）により行うものとする。

(勘案事項整理票の送付)

第 18 条 こども相談センター所長は、当該支給決定児童が障がい児入所支援を受けるにあたって、その処遇に係る照会を指定障がい児施設等より受けた場合、支給決定保護者の同意を得た照会についてのみ、第 10 条第 4 項に規定する勘案事項整理票並びに判定記録を通知することができる。

(契約内容の報告)

第 19 条 保健福祉センター所長は、指定障がい児通所支援事業者から、（児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、障がい児相談支援）契約内容（通所受給者証記載事項）報告書（様式第 23-1 号）により、契約内容に係る報告を受けるものとする。

2 保健福祉センター所長及びこども相談センター所長は、指定施設から、障がい児入所支援契約内容（入所受給者証記載事項）報告書（様式第 23-2 号）により、契約内容及び入退所に係る報告を受けるものとする。

(その他)

第 20 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、福祉局長が定める。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行に伴い、児童福祉法における障害児施設給付費等の支給事務取扱要綱は廃止する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年11月13日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成30年3月1日から施行する。

2 この要綱の施行の際、現にある改正前の様式は、当分の間、これを使用することができる。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和元年7月30日から施行する。
- 2 なお、第5条第2項に係る様式は令和元年8月1日から適用とし、令和元年7月31日以前の申請については従前のおりとする。

附 則

この要綱は、令和3年3月29日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和5年4月17日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和6年4月1日から施行する。
- 2 この要綱による改正後の児童福祉法における障がい児支援にかかる給付費等の支給事務取扱要綱第5条及び第9条の規定は、平成31年4月1日以後に提供された障がい児通所支援及び障がい児入所支援に係る児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の12に規定する高額障がい児通所給付費の支給に関する事務について適用し、同日前に通所給付決定保護者が受けた同条に規定する高額障がい児通所給付費の支給に関する事務については、なお従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年2月17日から施行する。
- 2 この要綱による改正前の児童福祉法における障がい児支援にかかる給付費等の支給事務取扱要綱における様式については、この要綱の施行後も、当分の間、その効力を有するものとする。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年4月1日から施行する。
- 2 この要綱による改正前の児童福祉法における障がい児支援にかかる給付費等の支給事務取扱要綱における様式については、改正後の規定にかかわらず、当分の間なおこれを使用することができる。

附 則

- 1 この要綱は、令和7年9月30日から施行する。
- 2 この要綱による改正前の児童福祉法における障がい児支援にかかる給付費等の支給事務取扱要綱における様式については、この要綱の施行後も、当分の間、その効力を有するものとする。

附 則

- 1 この要綱は、令和8年1月13日から施行する。
- 2 この要綱による改正前の児童福祉法における障がい児支援にかかる給付費等の支給事務取扱要綱における様式については、この要綱の施行後も、当分の間、その効力を有するものとする。

別表

| 児童福祉法に基づく事業名                             | 支給量   |  |
|--|---|--|
| 児童発達支援(児童発達支援センターであるものに限る)               | 23日/月   |  |
| 児童発達支援(児童発達支援センターであるものを除く)<br>放課後等デイサービス | 障がいの状況及び家族の状況等を勘案し、必要であると認められる場合は、次の月当たり支給量を参考に決定を行う。<br><br>月当たりの支給量 |  |
|  | 週当たり  | 月当たり   |
|  | 1～2日<br>・1日<br>・2日  | 5日<br>10日                                    |
|  | 3日以上<br>・3日<br>・4日<br>・5日   | 3日×4週+2日=14日<br>4日×4週+3日=19日<br>5日×4週+3日=23日 |
| 居宅訪問型児童発達支援                              | 10日/月   |  |
| 保育所等訪問支援                                 | 2回/月  |  |

(様式第1-1号)

児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書  
（提出先） 区保健福祉センター所長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

|                   |   |  |                                   |                                      |   |   |
|-------------------|---|--|-----------------------------------|--------------------------------------|---|---|
| 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   |                                   |                                      |   |   |
| 支給申請に係る<br>児童氏名   | フリガナ  |  | 生年月日                              | 年                                    | 月 | 日 |
|                   | 児童氏名  |  | 続柄                                |                                      |   |   |
|                   |   |  | 個人番号                              |                                      |   |   |
| 支給申請に係る<br>児童の居住地 | 〒   |  |                                   |                                      |   |   |
| 手帳等               | <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（番号） <input type="checkbox"/> 療育手帳（番号）<br><input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（番号） <input type="checkbox"/> 疾病名（） |  |                                   |                                      |   |   |
| 現在のサービスの利用状況      | 障がい児通所支援  |  |                                   | 障がい児入所支援                             |   |   |
|                   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うもの） |                                   | <input type="checkbox"/> 障がい児入所支援    |   |   |
|                   | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援                   | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | <input type="checkbox"/> 医療型障がい児入所支援 |   |   |
|                   | 利用中の施設名等  | 障がい児相談支援   |                                   |                                      |   |   |
|                   |   | <input type="checkbox"/> 障がい児相談支援                      |                                   |                                      |   |   |
|                   | 障がい福祉サービスの受給者証番号（支給を受けている場合のみ記載すること）  |  |                                   |                                      |   |   |
|                   | 具体的内容；  |  |                                   |                                      |   |   |
| 申請するサービス          | 障がい児通所支援  |  |                                   | 障がい児入所支援                             |   |   |
|                   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うもの） |                                   | <input type="checkbox"/> 障がい児入所支援    |   |   |
|                   | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援                   | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | <input type="checkbox"/> 医療型障がい児入所支援 |   |   |
|                   | 障がい児相談支援  |  |                                   | <input type="checkbox"/> 障がい児相談支援    |   |   |
|                   | <input type="checkbox"/> 現在利用している支援を、引き続き利用したいと考えています。<br><input type="checkbox"/> その他（内容等）   |  |                                   |                                      |   |   |
| 主治医               | 氏名  |  | 医療機関名                             |                                      |   |   |
|                   | 所在地   | 電話   |                                   |                                      |   |   |

|        |   |         |  |  |  |
|--------|---|---------|--|--|--|
| 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） |         |  |  |  |
| 氏名     |   | 申請者との関係 |  |  |  |
| 住所     | 〒 電話番号  |         |  |  |  |

※ 私が障がい児相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定障がい児相談支援事業者に障がい児支援利用計画案の作成提出を依頼することに同意します。また、支給決定に際し、必要となる相談記録や判定状況等について、関係先からの情報提供及び関係先への情報提供又は関係者が情報の閲覧をすることに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

|           |   |
|-----------|---|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)<br>1. 生活保護受給世帯<br>2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の合計額が基準額以下のもの (※基準額：令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円)<br>3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの<br>4. 市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割28万円未満のもの |
|           | <input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定<br>下記にあてはまるため、医療型個別減免を申請します。<br>医療型障がい児入所施設入所者であること   |
|           | <input type="checkbox"/> III 特定入所障がい児食費等給付費に関する認定<br>下記にあてはまるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。<br>福祉型障がい児入所施設入所者であること  |
|           | <input type="checkbox"/> IV 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) に関する認定<br>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。<br>※生活支援担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。   |
|           | <input type="checkbox"/> V 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに○をつける。)<br>1. 第2子に該当する者<br>2. 第3子以降に該当する者<br>※在園証明等が必要となります。   |

いずれも、「世帯状況・収入申告書」及び事実関係を確認できる書類を添付してください。

次の賦課・受給状況等の照会について同意をされる方は、次の(1)(2)の項目に係る、事実関係を確認できる書類の添付は必要ありません。

障がい児通所・入所支援に係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定にあたって、申請者(利用者)及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、大阪市長が以下の情報を、課税台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会し、その情報に基づいて、所得区分等を認定することに同意します。

(1) 生活保護受給状況、市町村民税の賦課及び所得状況、加入医療保険に係る資格情報等

(2) 特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当の受給状況等

以上の内容について、次の世帯員全員の承諾を得ています。

申請先 大阪市長

申請者同意欄

○世帯の状況等について

住民票上の世帯に属する世帯員(世帯範囲の特例を利用の場合はその世帯員)について、下の欄に記入してください。

| フリガナ氏名 | 生年月日  | 続柄 | 個人番号 |
|--------|-------|----|------|
|        | 年 月 日 |    |      |
|        | 年 月 日 |    |      |
|        | 年 月 日 |    |      |
|        | 年 月 日 |    |      |
|        | 年 月 日 |    |      |

《市使用欄》

障がい児(通所・入所)給付を受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月の場合は前々年の12月31日時点の年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数

人

(様式第1-2号)

児童福祉法に基づく障がい児(通所・入所)給付費 利用者負担額減額・免除等申請書

(提出先) 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                                      |        |   |          |       |  |
|--------------------------------------|--------|---|----------|-------|--|
| 申請者                                  | 受給者証番号 |   | 医療受給者証番号 |       |  |
|                                      | フリガナ   |   | 生年月日     | 年 月 日 |  |
|                                      | 氏名     |   | 個人番号     |       |  |
|                                      | 居住地    | 〒 | 電話番号     |       |  |
| 支給申請に係る<br>児童氏名                      | フリガナ   |   | 生年月日     | 年 月 日 |  |
|                                      |        |   | 続柄       |       |  |
|                                      |        |   | 個人番号     |       |  |
| 障がい福祉サービスの受給者証番号(支給を受けている場合のみ記載すること) |        |   |          |       |  |

|                   |  |         |  |  |  |
|-------------------|--|---------|--|--|--|
| 申請する<br>減免の<br>種類 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)<br>1. 生活保護受給世帯<br>2. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の合計額が基準額以下のもの(※基準額:令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円)<br>3. 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの<br>4. 市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割28万円未満のもの |         |  |  |  |
|                   | <input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定<br>下記にあてはまるため、医療型個別減免を申請します。<br>医療型障がい児入所施設入所者であること  |         |  |  |  |
|                   | <input type="checkbox"/> III 特定入所障がい児食費等給付費に関する認定<br>下記にあてはまるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。<br>福祉型障がい児入所施設入所者であること   |         |  |  |  |
|                   | <input type="checkbox"/> IV 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)に関する認定<br>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。<br>※生活支援担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。  |         |  |  |  |
|                   | <input type="checkbox"/> V 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。(あてはまるものに○をつける。)<br>1. 第2子に該当する者<br>2. 第3子以降に該当する者<br>※在園証明等が必要となります。  |         |  |  |  |
| 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)  |         |  |  |  |
| 氏名                |  | 申請者との関係 |  |  |  |
| 住所                | 電話番号   |         |  |  |  |

裏面の同意書にも必要事項を記入してください。

いずれも「世帯状況・収入申告書」及び事実関係を確認できる書類を添付してください。

次の賦課・受給状況等の照会について同意をされる方は、次の(1)(2)の項目に係る、事実関係を確認できる書類の添付は必要ありません。

障がい児通所・入所支援に係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定にあたって、申請者(利用者)及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、大阪市長が以下の情報を、課税台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会し、その情報に基づいて、所得区分等を認定することに同意します。

(1) 生活保護受給状況、市町村民税の賦課及び所得状況、加入医療保険に係る資格情報等

(2) 特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当の受給状況等

以上の内容について、次の世帯員全員の承諾を得ています。

申請先 大阪市長

申請者同意欄

○世帯の状況等について

住民票上の世帯に属する世帯員（世帯範囲の特例を利用の場合はその世帯員）について、下の欄に記入してください。

| フリガナ<br>氏名 | 生 年 月 日 | 続柄 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------|---------|----|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|            | 年 月 日   |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 年 月 日   |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 年 月 日   |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 年 月 日   |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|            | 年 月 日   |    |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

《 市使用欄 》

障がい児（通所・入所）給付を受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月の場合は前々年の12月31日時点の年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数

人

世帯状況・収入申告書《 障がい児（通所・入所）支援 》

大 阪 市 長

申告年月日 年 月 日

次のとおり申告します。

|       |  |       |  |
|-------|--|-------|--|
| 申告者氏名 |  | 申告者住所 |  |
|-------|--|-------|--|

1 世帯の状況等について

|             | フリガナ<br>氏 名 | 生年月日  | 申告者との<br>関係 | 市民税の状況   |                     |
|-------------|-------------|-------|-------------|--|---------------------|
|             |             |       |             | 課税・非課税の別   | 課税の場合、市民税所得割の金額（※2） |
| 申告者         |             | 年 月 日 |             | <input type="checkbox"/> 課 税<br><input type="checkbox"/> 非 課 税 | 円                   |
| 世帯主<br>（※1） |             | 年 月 日 |             | <input type="checkbox"/> 課 税<br><input type="checkbox"/> 非 課 税 | 円                   |
| 世帯員         |             | 年 月 日 |             | <input type="checkbox"/> 課 税<br><input type="checkbox"/> 非 課 税 | 円                   |
|             |             | 年 月 日 |             | <input type="checkbox"/> 課 税<br><input type="checkbox"/> 非 課 税 | 円                   |
|             |             | 年 月 日 |             | <input type="checkbox"/> 課 税<br><input type="checkbox"/> 非 課 税 | 円                   |
|             |             | 年 月 日 |             | <input type="checkbox"/> 課 税<br><input type="checkbox"/> 非 課 税 | 円                   |

※1 申告者本人が世帯主の場合は記入不要です

※2 住宅借入金等特別控除及び寄付金税額控除の適用を受けている場合、市民税所得割の金額欄には、控除される前の金額を記入して下さい。

2 世帯の収入状況等について

(1) 合計所得金額の状況

|        |     |
|--------|-----|
| 合計所得金額 | 円 ① |
|--------|-----|

(2) 収入等の状況

| 区分          | 種 類   | 収入額 |
|-------------|---|-----|
| 年金・<br>手当など | 障がい年金等<br>【 <input type="checkbox"/> 障がい（基礎・厚生・共済）年金、 <input type="checkbox"/> 特別障がい給付金、 <input type="checkbox"/> 障がいを事由に支給される労災による年金等、 <input type="checkbox"/> 遺族（基礎・厚生・共済）年金、老齢（基礎・厚生）年金】（②） | 円   |
|             | 特別児童扶養手当等（ <input type="checkbox"/> 特別障がい者手当、 <input type="checkbox"/> 障がい児福祉手当、 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当、 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当）（③）  | 円   |

〈 記入上の注意 〉

1. 種類、内容等記入欄に書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入のうえ添付してください。
2. 生活保護受給世帯は申告書の提出は不要です。
3. 不実の報告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××  
大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目××番××号  
大阪市〇〇〇区保健福祉センター  
保健福祉課  
電話番号 ××××-××××  
FAX 番号 ××××-××××

障がい児（通所・入所）給付更新手続きのお知らせ

次の児童について現在あなたが利用されている障がい児（通所・入所）給付の支給期間及び  
減免期間の終了日が近づいてまいりましたので更新手続きが必要となります。

同封の「児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費支給申請書兼利用者負担額減額・  
免除等申請書（様式第1-1号）」「世帯状況・収入状況等申告書（様式第2号）」に必要な  
事項を記入し、提出してください。

なお、不明な点がある場合は、本書記載の担当までご連絡ください。

受給者証番号 《受給者証番号》

対象児童氏名 〇〇 〇〇

通所・入所支援名 〇〇〇〇

支給決定期間終了日 〇〇年〇〇月〇〇日

支給決定期間終了日 〇〇年〇〇月〇〇日

提出場所

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××

大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目××番××号

大阪市〇〇〇区保健福祉センター

保健福祉課

電話番号 ××××-××××

FAX 番号 ××××-××××

げんがくめんじょこうしん し  
減額免除更新のお知らせ

つぎ じどう げんざい りよう しょう じ つうしょ にゆうしょ きゅうふ りようしゃふたんがく  
次の児童について現在あなたが利用されている障がい児（通所・入所）給付の利用者負担額  
みなお じき ちか こうしんてつづ ひつよう  
の見直し時期が近づいてまいりましたので更新手続きが必要となります。

どうふう じどうふくしほう しょう じ つうしょ にゆうしょ きゅうふ ひりようしゃふたんがくげんがく めんじょとうしんせいしよ  
同封の「児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費利用者負担額減額・免除等申請書  
ようしきだい ごう せたいじょうきよう しゆうにゆうじょうきようとうしんこくしよ ようしきだい ごう ひつようじこう きにゆう  
（様式第1-2号）」「世帯状況・収入状況等申告書（様式第2号）」に必要事項を記入し、  
ていしゅつ  
提出してください。

なお、ふめい てん ばあい ほんしよきさい たんとう れんらく  
なお、不明な点がある場合は、本書記載の担当までご連絡ください。

じゅきゆうしゃしょうばんごう 《受給者証番号》

たいしょうじどうしめい 〇〇 〇〇  
対象児童氏名

つうしょ にゆうしよしえんめい 〇〇〇〇  
通所・入所支援名

しきゆうけつていきかんしゅうりょうび 〇〇年〇〇月〇〇日  
支給決定期間終了日

しきゆうけつていきかんしゅうりょうび 〇〇年〇〇月〇〇日  
支給決定期間終了日

ていしゅつばしよ 提出場所

### 特例障がい児通所給付費支給申請書

【 年 月分】

年 月 日

区 保健福祉センター所長

|     |                 |  |        |       |
|-----|-----------------|--|--------|-------|
| 申請者 | フリガナ            |  | 受給者証番号 |       |
|     | 氏名              |  | 生年月日   | 年 月 日 |
|     |                 |  | 個人番号   |       |
| 居住地 | 〒 電話番号          |  |        |       |
|     | フリガナ            |  | 生年月日   | 年 月 日 |
|     | 給付申請に係る<br>児童氏名 |  | 続柄     |       |
|     | 個人番号            |  |        |       |
|     | 特例障がい児通所給付費 請求額 |  |        | 円     |

|            |      |        |  |         |
|------------|------|--------|--|---------|
| 届出者<br>(※) | フリガナ |        | <input type="checkbox"/> 代理人<br><input type="checkbox"/> 代行者 | 申請者との関係 |
|            | 氏名   |        |  |         |
|            | 居住地  | 〒 電話番号 |  |         |

※ 本人が届け出る場合は、記入不要です。

上記に関する特例障がい児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|             |                    |                 |       |        |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------------------|-----------------|-------|--------|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替<br>依頼書 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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              |                 |       |        |  |  |  |  |  |  |

高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費 支給申請書

(提出先) 大阪市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり関係書類を添えて「高額障がい福祉サービス等給付費(※1)・高額障がい児(通所・入所)給付費」の支給を、裏面の同意・委任事項に同意のうえ申請します。

|                          |       |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------|-------|--|--------------|--|--|--|---------------------------|--|-----------------|--|---------------------------|-----------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| フリガナ                     |       |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  | ①障害者総合支援法(※2)②児童福祉法③介護保険法 |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者氏名                    |       |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  | 制 度                       | 受給者証番号又は被保険者証番号 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日                     | 年 月 日 |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号                     |       |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  | 補装具                       | □有・□無           |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地                      | 〒     |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  | 電話番号                      |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ                     |       |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  | 続 柄                       |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 支給(給付)決定に係る児童氏名          |       |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  | 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 |       |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  | 円                         | 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   |       |  |              |  |  |  |                           |  |                 |  | 円                         |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 同一世帯に属する他の支給決定障がい者等      | 氏 名   |  | 生年月日         |  |  |  | ①障害者総合支援法(※2)②児童福祉法③介護保険法 |  |                 |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |       |  | 個人番号         |  |  |  | 制 度                       |  | 受給者証番号又は被保険者証番号 |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |       |  | 大・昭・平・ 年 月 日 |  |  |  |                           |  |                 |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |       |  |              |  |  |  | 補装具                       |  | □有・□無           |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |       |  | 大・昭・平・ 年 月 日 |  |  |  |                           |  |                 |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |       |  |              |  |  |  | 補装具                       |  | □有・□無           |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |       |  | 大・昭・平・ 年 月 日 |  |  |  |                           |  |                 |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                          |       |  |              |  |  |  | 補装具                       |  | □有・□無           |  |                           |                 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

(注) 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。

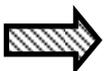
高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|         |                    |  |  |                 |  |  |                           |  |      |  |  |  |  |  |
|---------|--------------------|--|--|-----------------|--|--|---------------------------|--|------|--|--|--|--|--|
| 口座振替依頼書 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 |  |  | 本店<br>支店<br>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<br>2 当座預金<br>3 その他 |  |      |  |  |  |  |  |
|         | フリガナ               |  |  |                 |  |  |                           |  |      |  |  |  |  |  |
|         | 口座名義人              |  |  |                 |  |  |                           |  |      |  |  |  |  |  |

※1 障害者総合支援法(※2)施行令第四十三条の五第一項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費

※2 障害者総合支援法…「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」

◎裏面もご確認ください



|        |   |         |  |
|--------|---|---------|--|
| 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  |         |  |

### 同意・委任事項

- ① 本高額障がい福祉サービス等給付費、高額障がい児通所給付費、高額障がい児入所給付費（以下「本高額障がい福祉サービス等給付費等」という。）の審査にあたり、私及び世帯員の課税状況、本高額障がい福祉サービス等給付費等の算定に係る各サービスの利用状況及び介護保険利用状況について、個人番号を用いる等して、課税台帳、介護保険給付台帳等の関係公簿を照会し、かつ閲覧または必要な資料の提供を他の行政機関に求めることを同意します。
- ② 本申請に係るサービス利用月から、当該申請対象のサービスの支給決定終了月まで（ただし、本申請に係るサービス利用月を含め最大12か月。）は、申請書による手続きを行わなくても、本高額障がい福祉サービス等給付費等がある月については、自動的に支給額を算出し、口座振替されることに同意します。
- ③ すでに支給した本高額障がい福祉サービス等給付費等の額が変更になった場合、以降の支給時において、額の調整が行われることに同意します。
- ④ 介護保険法において支給される高額介護（介護予防）サービス費または、高額医療合算介護（介護予防）サービスのうち、すでに本高額障がい福祉サービス等給付費等で支給された重複分に相当する額について、私に代わって受領し、かつ受領した額を大阪市内に納入することを大阪市長に委任します。
- ⑤ 上記②により、本高額障がい福祉サービス等給付費等が自動的に口座振替される間に、私及び本申請に係る世帯員に異動があった場合は、速やかに、異動後の内容を記載した新たな「高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費 支給申請書」を提出します。

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××  
大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目××番××号  
大阪市〇〇〇区保健福祉センター  
保健福祉課  
電話番号 ××××-××××  
FAX 番号 ××××-××××

## 障がい児(通所・入所・相談支援)給付費 支給決定兼減額・免除決定通知書

〇〇 〇〇 様

〇〇〇区保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました障がい児(通所・入所)給付費、障がい児相談支援給付費の支給及び減免について、次のとおり決定しましたので通知します。

### 記

|                       |  |                        |   |
|-----------------------|--|------------------------|---|
| 受給者証番号                |  | 給付決定保護者又は本人            |   |
| 給付決定日                 |  | 給付決定に係る障がい児氏名          |   |
| 負担上限月額(障がい児給付費)       |  | 適用期間                   | ～ |
| 特定入所障がい児食費等給付費        |  |                        | ～ |
| サービスの種類及び支援の内容/給付決定期間 |  | ※ 別紙『給付決定通知明細書』に記載します。 |   |
| 多子軽減対象                |  | 無償化適用期間                | ～ |
| 負担上限月額(障がい児等施設医療費)    |  | 適用期間                   | ～ |
| 食費上限月額                |  |                        | ～ |
| 公費負担者番号               |  | 公費受給者番号                |   |

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には変更することがあります。

#### 審査請求及び取消訴訟

##### 【障がい児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後、(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。)でなければ提起することができないこととされています。

- (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ず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。

##### 【障がい児入所給付費及び障がい児相談支援給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、審査請求のみをした場合には、この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。

様式第7-1号

(一)

| 障がい児通所受給者証 |                         |
|------------|-------------------------|
| 受給者証番号     |                         |
| 通所給付決定保護者  | 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                    |
|            | 交付年月日                   |
| 支給市町村及び印   | 保健福祉センター所長<br>電話<br>FAX |

(二)

| 障がい児通所給付費等の決定内容 |  |
|-----------------|--|
| 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          |  |
| 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 |  |

(四)

|        |  |
|--------|--|
| 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    |  |

(九)

| 番号  | 児童発達支援・医療型児童発達支援<br>事業者記入欄  |     |       |     |
|-----|---|-----|-------|-----|
| 1   | 事業者及びその事業所の名称   |     |       |     |
|     | サービス内容  |     |       |     |
|     | 契約支給量(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 年 月 日   |     |       |     |

(十)

| 番号  | 児童発達支援・医療型児童発達支援<br>事業者記入欄  |     |       |     |
|-----|---|-----|-------|-----|
| 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 年 月 日   |     |       |     |

(十一)

| 番号  | 児童発達支援・医療型児童発達支援<br>事業者記入欄  |     |       |     |
|-----|---|-----|-------|-----|
| 7   | 事業者及びその事業所の名称   |     |       |     |
|     | サービス内容  |     |       |     |
|     | 契約支給量(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 年 月 日   |     |       |     |

(十二)

| 番号  | 居宅訪問型児童発達支援事業者記入欄   |     |       |     |
|-----|---|-----|-------|-----|
| 1   | 事業者及びその事業所の名称   |     |       |     |
|     | サービス内容  |     |       |     |
|     | 契約支給量(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 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(1/月)  |     |       |     |
|     | <table border="0"> <tr> <td>開始日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>終了日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> | 開始日 | 年 月 日 | 終了日 |
| 開始日 | 年 月 日   |     |       |     |
| 終了日 | 年 月 日   |     |       |     |



| (四) 注意事項  | (一) 障がい児入所受給者証   |        |  |           |     |      |    |      |  |      |      |    |      |  |       |  |                 |  |           |  |
|---|--|--------|--|-----------|-----|------|----|------|--|------|------|----|------|--|-------|--|-----------------|--|-----------|--|
| <p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。</p> <p>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。</p> <p>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(空欄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)。</p> <p>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。</p> <p>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加年算定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を保健福祉センター窓口へ提出してください。</p> <p>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。</p> <p>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、ご依頼ください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">受給者証番号</td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="width: 20px;">入所給付決定保護者</td> <td>居住地</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2">障がい児</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">交付年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">支給都道府県又は市の名称及び印</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">電話<br/>FAX</td> </tr> </table> | 受給者証番号 |  | 入所給付決定保護者 | 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 |  | 交付年月日 |  | 支給都道府県又は市の名称及び印 |  | 電話<br>FAX |  |
| 受給者証番号  |  |        |  |           |     |      |    |      |  |      |      |    |      |  |       |  |                 |  |           |  |
| 入所給付決定保護者   | 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  |  |        |  |           |     |      |    |      |  |      |      |    |      |  |       |  |                 |  |           |  |
| 交付年月日   |  |        |  |           |     |      |    |      |  |      |      |    |      |  |       |  |                 |  |           |  |
| 支給都道府県又は市の名称及び印   |  |        |  |           |     |      |    |      |  |      |      |    |      |  |       |  |                 |  |           |  |
| 電話<br>FAX   |  |        |  |           |     |      |    |      |  |      |      |    |      |  |       |  |                 |  |           |  |

| (二) 障がい児入所給付費等の決定内容  | (三) 障がい児入所支援施設等の記入欄 |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
|--|---------------------|--|--------|-------|---------------------|--|-----|--|------|-------|-------------|--|--------|--|------|-------|------|--|---|----------------|---------|--|--------------|--------------|--|--------------|--------------|--|--------------|--------------|--|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;">施設支援の種類及び内容</td> <td></td> </tr> <tr> <td>給付決定期間</td> <td>から まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">特定入所障がい児食費等給付費の支給内容</td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>から まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</td> </tr> <tr> <td>負担上限月額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>から まで</td> </tr> <tr> <td>特記事項</td> <td></td> </tr> </table> | 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 |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">障がい児入所支援施設等の名称</td> <td style="width: 50%;">入所日・退所日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td>入所日<br/>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>退所日<br/>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td>入所日<br/>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>退所日<br/>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td>入所日<br/>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>退所日<br/>年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="font-size: small;">(予備欄)<br/>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には変更することがあります。</td> </tr> </table> | 障がい児入所支援施設等の名称 | 入所日・退所日 |  | 入所日<br>年 月 日 | 退所日<br>年 月 日 |  | 入所日<br>年 月 日 | 退所日<br>年 月 日 |  | 入所日<br>年 月 日 | 退所日<br>年 月 日 | (予備欄)<br>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には変更することがあります。 |  |
| 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   |                     |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
| 障がい児入所支援施設等の名称   | 入所日・退所日             |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
|  | 入所日<br>年 月 日        |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
|  | 退所日<br>年 月 日        |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
|  | 入所日<br>年 月 日        |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
|  | 退所日<br>年 月 日        |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
|  | 入所日<br>年 月 日        |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
|  | 退所日<br>年 月 日        |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |
| (予備欄)<br>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には変更することがあります。   |                     |  |        |       |                     |  |     |  |      |       |             |  |        |  |      |       |      |  |   |                |         |  |              |              |  |              |              |  |              |              |  |  |



## 勘案事項整理票

| 1. 基本事項  |   |  |        |      |   |
|--|---|--|--------|------|---|
| 受給者証番号   |   | 調査日  | 年 月 日  | 調査者  |   |
| 利用者氏名<br>(児童氏名)  |   | 男・女  | 年 月 日生 |      | 歳 |
| 保護者氏名  |   | 聴き取り対象者：<br>( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄 ) <input type="checkbox"/> その他(続柄 ) ) |        |      |   |
| 住所：〒   |   |  |        | 電話番号 |   |
| 障がいの種類・程度  | 身体障がい者手帳 (有・無)<br>障がい名 ( )<br>年 月 日交付 ( 級 ) (府県名 番号 ) |  |        |      |   |
|  | 療育手帳 (有・無)<br>年 月 日交付 ( A・B1・B2 ) (番号 )               |  |        |      |   |
|  | 精神障がい者保健福祉手帳 (有・無)<br>年 月 日交付 ( 級 ) (番号 )             |  |        |      |   |
|  | 特定疾患医療受給者証等 (有・無)<br>疾患名 ( )<br>年 月 日交付 ( )           |  |        |      |   |
|  | ※判定・診断・検査 (有・無) 実施機関 ( )                              |  |        |      |   |
| 2. その他の心身の状況   |   |  |        |      |   |
| (1) 障がい状況についての特記事項<br>[ ]  |   |  |        |      |   |
| (2) 医療機関受診の状況 [ 入院・通院・受診していない ]<br>病名 [ ] 病院名 [ ] 通院の頻度 [ ]<br>病状等 (てんかん発作がある場合はその頻度や服薬状況も含む)<br>[ ] |   |  |        |      |   |
| 3. 日常生活の状況   |   |  |        |      |   |
| (1) 通学や日中活動の状況についての特記事項 (通学の手段や活動内容・学習の状況等)<br>[ ]   |   |  |        |      |   |
| (2) その他の日常生活の状況についての特記事項 (不適応行動がある場合はその具体的な様子等)<br>[ ]   |   |  |        |      |   |
| 4. 住宅状況と地域環境   |   |  |        |      |   |
| (1) 居住の状況 [ アパート、マンション、公営住宅、一戸建、その他 ( ) ]  |   |  |        |      |   |
| (2) [ ] 階建ての [ ] 階部分、 広さ [ ]<br>風呂： 有・無 エレベーター： 有・無  |   |  |        |      |   |
| (3) 最寄駅 [ ] までの距離または所要時間 [ ]<br>通院中の医療機関 [ ] までの距離または所要時間 [ ]  |   |  |        |      |   |
| (4) その他特記事項 (特に必要性がある場合に記入)<br>[ ]   |   |  |        |      |   |

(裏面)

|  |  |                  |
|--|--|------------------|
| 5. サービスの<br>受給の状況<br><br>※支給量及び<br>利用実績は<br>一ヶ月単位<br>で記入 | 居宅介護   |                  |
|  | 身体介護 【支給量： 時間 / 利用実績概ね 時間】                         | } 支給期間の終期 年 月 日] |
|  | 家事援助 【支給量： 時間 / 利用実績概ね 時間】                         |                  |
|  | 通院等介助 【支給量： 時間 / 利用実績概ね 時間】                        |                  |
|  | 重度訪問介護 【支給量： 時間 / 利用実績概ね 時間 / 支給期間の終期 年 月 日]       |                  |
|  | 行動・同行援護、移動支援 【支給量： 時間 / 利用実績概ね 時間 / 支給期間の終期 年 月 日] |                  |
|  | 重度障がい者等包括支援 【支給量： 単位 / 支給期間の終期 年 月 日]              |                  |
| 短期入所 【支給量： 日 / 利用実績概ね 日 / 支給期間の終期 年 月 日]                 |  |                  |
| 障がい児通所支援   | 支給量  | 支給決定期間           |
| ( )  | 日  | 年 月 日～ 年 月 日     |
| ( )  | 日  | 年 月 日～ 年 月 日     |
| その他  |  |                  |

6. 家族、親族、介護を行う者の状況（主な介護者の前に○をつける）

| ○印 | 氏名 | 続柄 | 生年月日<br>(年齢) | 職業 | 健康状態 | 備考<br>(別居家族については<br>連絡先を含めて記載) |
|----|----|----|--------------|----|------|--------------------------------|
|    |    |    |              |    |      |                                |
|    |    |    |              |    |      |                                |
|    |    |    |              |    |      |                                |
|    |    |    |              |    |      |                                |
|    |    |    |              |    |      |                                |
|    |    |    |              |    |      |                                |
|    |    |    |              |    |      |                                |

7. 具体的なサービス利用意向や家庭の状況・監護の状況等

[ ]

8. 担当者の所見・見解等

[ ]

## 障がい児の調査票（5領域20項目）

|   |                                  |  |                            |                          |
|---|----------------------------------|--|----------------------------|--------------------------|
| <b>領域1 健康・生活</b>                        |                                  |  |                            |                          |
| <b>項目（1）食事</b>                          |                                  |  |                            |                          |
| 食事をする際に、大人の支援（手伝い）が必要ですか。               |                                  |  |                            |                          |
| ① 一人で食べることができる                          | ② 見守りや声かけがあれば食べることができる           | ③ 一部支援が必要である                               | ④ 常に支援が必要である               |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目（2）排せつ</b>                         |                                  |  |                            |                          |
| 一人でトイレへ行き、排せつができますか。                    |                                  |  |                            |                          |
| ① 一人でトイレに移動して排せつすることができる                | ② 見守りや声かけがあればトイレに移動して排せつすることができる | ③ 一部支援が必要である                               | ④ 常に支援が必要である               |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目（3）入浴</b>                          |                                  |  |                            |                          |
| 入浴の際には、大人の支援（手伝い）が必要ですか。                |                                  |  |                            |                          |
| ① 一人で入浴することができる                         | ② 見守りや声かけがあれば入浴することができる          | ③ 一部支援が必要である                               | ④ 常に支援が必要である               |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目（4）衣類の着脱</b>                       |                                  |  |                            |                          |
| 着替える時に手伝いが必要ですか。                        |                                  |  |                            |                          |
| ① 一人で衣類の着脱をすることができる                     | ② 見守りや声かけがあれば衣類の着脱をすることができる      | ③ 一部支援が必要である                               | ④ 常に支援が必要である               |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>領域2 感覚・運動</b>                        |                                  |  |                            |                          |
| <b>項目（5）感覚器官（聞こえ）</b>                   |                                  |  |                            |                          |
| 物の音や人の声が聞こえていますか。                       |                                  |  |                            |                          |
| ① 特に問題がなく聞こえる                           | ② 補聴器などの補助装具があれば聞こえる             | ③ 聞き取りにくい音がある／過敏等で補助装具が必要である               | ④ 音や声を聞き取ることが難しい           |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目（6）感覚器官（口腔機能）</b>                  |                                  |  |                            |                          |
| 食べ物をよく噛んで飲み込むことができますか。                  |                                  |  |                            |                          |
| ① 噛んで飲み込むことができる                         | ② 柔らかい食べ物を押しつぶして食べることができる        | ③ 介助があれば口を開き、口を閉じて飲み込むことができる               | ④ 哺乳瓶などを使用している／口から食べるのが難しい |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目（7）姿勢の保持（座る）</b>                   |                                  |  |                            |                          |
| 一人で座り、手を使って遊ぶことができますか。                  |                                  |  |                            |                          |
| ① 一人で座り、手を使って遊ぶことができる                   | ② 手で支えて座ることができる                  | ③ 身体の一部を支えると座ることができる                       | ④ 座るために全身を支える必要がある         |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目（8）運動の基本技能（目と足の協応）</b>             |                                  |  |                            |                          |
| 階段昇降・ジャンプ・ケンケンができますか。                   |                                  |  |                            |                          |
| ① ケンケンが3回以上できる                          | ② 交互に足を出して階段を昇り・降りできる            | ③ 両足同時にジャンプし、転倒せずに着地できる                    | ④ 階段は同じ足を先に出して昇る           | ⑤ どの動きも難しい               |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目（9）運動の基本技能（移動）</b>                 |                                  |  |                            |                          |
| 一人で歩いて移動することができますか。                     |                                  |  |                            |                          |
| ① 一人で歩くことができる                           | ② 一人で歩くことはできるが近くでの見守りが必要である      | ③ 一人で歩くことができるが、手をつなぐなどのサポートや杖・保護帽などの補助具が必要 | ④ 一人で歩くことが難しい              |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>領域3 認知・行動</b>                        |                                  |  |                            |                          |
| <b>項目（10）危険回避行動</b>                     |                                  |  |                            |                          |
| 危険なことがわかり、気をつけることができますか。                |                                  |  |                            |                          |
| ① 自発的に危険を回避することができる                     | ② 声かけ等があれば危機を回避することができる          | ③ 危険を回避するためには、支援者の介入が必要である                 |                            |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目（11）注意力</b>                        |                                  |  |                            |                          |
| 話を聞く場面や物事に取り組む際に、気が散りやすく集中できないことがありますか。 |                                  |  |                            |                          |
| ① 集中して取り組むことができる                        | ② 部分的に集中して取り組むことができる             | ③ 集中して取り組むことが難しい                           |                            |                          |
| <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> |

|   |                            |  |                          |                          |
|---|----------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| <b>項目 (12) 見通し (予測理解)</b>                   |                            |  |                          |                          |
| 見通しを立てて、行動をすることができますか。                      |                            |  |                          |                          |
| ① 見通しを立てて行動することができる                         | ② 声かけがあれば見通しを立てて行動することができる | ③ 視覚的な情報があれば行動することができる                     | ④ その他の工夫が必要              |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目 (13) 見通し (急な変化対応)</b>                 |                            |  |                          |                          |
| 急な予定の変更があった場合、対応することができますか。                 |                            |  |                          |                          |
| ① 急な予定変更でも問題ない                              | ② 声かけがあれば対応できる             | ③ 視覚的な手掛かりがあれば対応できる                        | ④ その他の工夫やサポートが必要         |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目 (14) その他</b>                          |                            |  |                          |                          |
| 突然、自分や相手に対して乱暴な言動をとるときがありますか。               |                            |  |                          |                          |
| ① 乱暴な言動はほとんどみられない                           | ② 乱暴な言動がみられるが、対処方法がある      | ③ 乱暴な言動がみられ、対処方法も特にない                      |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>領域 4 言語・コミュニケーション</b>                    |                            |  |                          |                          |
| <b>項目 (15) 2項関係 (人対人)</b>                   |                            |  |                          |                          |
| 楽しいときなどに、目を合わせるがありますか。                      |                            |  |                          |                          |
| ① 目が合い、微笑むことや、嬉しそうな表情をみせる                   | ② 訴えている (要求する) 時は目が合う      | ③ あまり目が合わない/合っても持続しない                      | ④ ほとんど目が合わない             |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目 (16) 表出 (意思の表出)</b>                   |                            |  |                          |                          |
| どんな方法で意思を伝えますか。                             |                            |  |                          |                          |
| ① 言葉を使って伝えることができる                           | ② 身振りで伝えることができる            | ③ 泣いたり怒ったりして伝える                            | ④ 意思表示が難しい               |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目 (17) 読み書き</b>                         |                            |  |                          |                          |
| 読み書きについて支援が必要ですか。                           |                            |  |                          |                          |
| ① 支援が不要                                     | ② 支援が必要な場合がある              | ③ 常に支援が必要                                  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>領域 5 人間関係・社会性</b>                        |                            |  |                          |                          |
| <b>項目 (18) 人との関わり (他者への関心興味)</b>            |                            |  |                          |                          |
| 親、友だち、支援者とやりとりをすることや、相手からの働きかけに応えることができますか。 |                            |  |                          |                          |
| ① 自分から働きかけたり、相手からの働きかけに反応する                 | ② ごく限られた人であれば反応する          | ③ 自分から働きかけることはほとんどないが、相手からの働きかけには反応することもある | ④ 過剰に反応する、または全く反応しない     |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目 (19) 遊びや活動 (トラブル頻度)</b>               |                            |  |                          |                          |
| 同年代の子どもと一緒に過ごす中で、トラブルが起こることがあります。           |                            |  |                          |                          |
| ① ほとんどないが、あっても自分たちで解決できる                    | ② トラブルがあっても、大人の支援があれば解決できる | ③ 支援があっても、解決できる場面とできない場面がある                | ④ トラブルが頻繁に起き、解決することも難しい  |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目 (20) 集団への参加 (集団参加状況)</b>              |                            |  |                          |                          |
| 集団活動に参加することができますか。                          |                            |  |                          |                          |
| ① 指示やルールを理解して最初から最後まで参加できる                  | ② 興味がある内容であれば部分的に参加できる     | ③ 支援があればその場にはいられる                          | ④ 参加することが難しい             |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

以下、中学生・高校生のみ対象

|   |                              |                             |                          |                          |
|---|------------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <b>領域 コミュニケーション</b>                                   |                              |                             |                          |                          |
| <b>項目 (21) コミュニケーション (言葉遣い)</b>                       |                              |                             |                          |                          |
| 自分の気持ちを伝える際に、相手や場所、場面に合わせた言葉遣いや態度をとることができますか。         |                              |                             |                          |                          |
| ① 適切な言葉遣いや態度で表現することができる                               | ② 時折、適切な言葉遣いや態度で表現することができる   | ③ ほとんど適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい | ④ 適切な言葉遣いや態度で表現することが難しい  |                          |
| <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目 (22) コミュニケーション (やりとり)</b>                       |                              |                             |                          |                          |
| 自分のことを伝えるだけでなく相手の話を聞く、又は聞こうとしますか。                     |                              |                             |                          |                          |
| ① やり取りをすることができる                                       | ② 配慮があればやり取りができる/やり取りをしようとする | ③ やり取りをすることが難しい             |                          |                          |
| <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>項目 (23) コミュニケーション (集団適応力)</b>                      |                              |                             |                          |                          |
| 同年齢の集団に所属し、集団のルールや相手の感情を察知・理解して遊ぶことや、活動に参加することができますか。 |                              |                             |                          |                          |
| ① 参加することができる  | ② たまに参加することができる              | ③ ほとんど参加することがない             | ④ 参加することが難しい             |                          |
| <input type="checkbox"/>                              | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

(様式第10-2号)

第 号

年 月 日

区保健福祉センター所長 様

こども相談センター所長

## 意見書

児童福祉法に基づく障がい児(通所・入所)給付費支給申請のあった下記の児童について、次のとおり障がい児(通所・入所)支援の利用が適当と認められます。

### 記

氏 名 (男・女)

生年月日 年 月 日

施設種別 障がい児通所支援  
障がい児入所施設 医療型障がい児入所施設

あっせん調整施設名 \_\_\_\_\_

※入所のみ (利用開始予定日: 年 月 日)

重度加算 該当 ・ 非該当

強度行動障がい加算 該当 ・ 非該当

有期有目的入所 該当 ・ 非該当

該当の場合【退所見込月: 年 月】

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××  
大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目×番×号  
大阪市〇〇〇区保健福祉センター《住所2》

保健福祉課  
電話番号 ××××-××××  
FAX 番号 ××××-××××

## 障がい児(通所・入所・相談支援)給付費 却下決定通知書

〇〇 〇〇 様

〇〇〇区保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました障がい児(通所・入所)給付費、障がい児相談支援給付費の支給について、次のとおり却下することに決定しましたので通知します。

### 記

|       |  |
|-------|--|
| 児童氏名  |  |
| 却下年月日 |  |
| 却下理由  |  |

### 審査請求及び取消訴訟

#### 【障がい児通所給付費の場合】

1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。

2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後、(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。)でなければ提起することができないこととされています。

- (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ず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。

#### 【障がい児入所給付費及び障がい児相談支援給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、審査請求のみをした場合には、この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。

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××  
大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目××番××号  
大阪市〇〇〇区保健福祉センター《住所2》  
保健福祉課  
電話番号 ××××-××××  
FAX 番号 ××××-××××

## 障がい児(通所・入所)給付費 減免却下決定通知書

〇〇 〇〇 様

〇〇〇区保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました障がい児(通所・入所)給付費の減額免除について、次のとおり却下することに決定しましたので通知します。

### 記

|        |  |
|--------|--|
| 受給者証番号 |  |
| 児童氏名   |  |
| 却下年月日  |  |
| 却下理由   |  |

#### 【障がい児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪府を被告として(訴訟において大阪府を代表する者は大阪府知事となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後、(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。)でなければ提起することができないこととされています。
  - 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ず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。

#### 【障がい児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪府を被告として(訴訟において大阪府を代表する者は大阪府知事となります。)、この処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、審査請求のみをした場合には、この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。

様

大阪市 区保健福祉センター所長

大阪市 区保健福祉センター  
保健福祉課  
電話番号  
FAX 番号

### 特例障がい児通所給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日に申請のありました 特例障がい児通所給付費の支給について、児童福祉法第21条の5の4の規定に基づき次のとおり決定しましたので通知します。

|        |  |       |  |
|--------|--|-------|--|
| 受給者証番号 |  | 申請者氏名 |  |
|--------|--|-------|--|

| 受付年月日          | 年 月 日   | 決定年月日                                       | 年 月 日   |
|----------------|---|---|---|
| 特例障がい児通所給付費申請額 |   | 支給申請日から介護給付費支給期間の開始する日の前日までの間に受けたサービスの費用の9割 |   |
| 支給決定の内容        |   |   |   |
| 支給             | <input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | 支給金額  | 支給申請日から障がい児通所給付費支給期間の開始する日の前日までの間に受けたサービスの費用の額（介護給付費の支給基準で算出される利用者負担額【上限月額 円】を除く。）。ただし、支給決定内容の範囲内に限る。 |
| 不支給の理由         |   |   |   |

- この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に大阪府知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く）でなければ提起することができないこととされています。
  - 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ず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。

大阪市長

(お問い合わせ先)

電話番号  
FAX 番号

**高額障がい児（通所・入所）給付費 支給決定通知書**

先に申請のありました高額障がい児（通所・入所）給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

記

|             |  |                       |
|-------------|--|-----------------------|
| 給付決定保護者氏名   |  | 障がい児（通所・入所）<br>受給者証番号 |
| 給付決定に係る児童氏名 |  |                       |

|              |           |       |          |   |
|--------------|-----------|-------|----------|---|
| 受付年月日        | 年 月 日     | 決定年月日 | 年 月 日    |   |
| 決定額          | 円         |       |          |   |
| 申請に係るサービス利用月 | 年 月       |       |          |   |
| 本人支払額        | 本人支払額内訳   |       |          |   |
|              | 障がい福祉サービス | 円     | 補装具      | 円 |
|              | 障がい児通所支援  | 円     | 介護保険サービス | 円 |
|              | 障がい児入所支援  | 円     |          |   |

|     |              |   |   |
|-----|--------------|---|---|
| 支   | 払            | 方 | 法 |
| 口   | 座            | 払 | い |
| 振込先 | 申請時に届け出た銀行口座 |   |   |

**【障がい児通所給付費の場合】**

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市長を被告として（訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後、(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。)でなければ提起することができないこととされています。
  - 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ず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。

**【障がい児入所給付費の場合】**

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪市長を被告として、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、審査請求のみをした場合には、この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。

大阪市長

(お問い合わせ先)

電話番号  
FAX 番号

### 高額障がい児（通所・入所）給付費 不支給決定通知書

先に申請のありました高額障がい児（通所・入所）給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

#### 記

|                            |                    |           |                    |                            |
|----------------------------|--------------------|-----------|--------------------|----------------------------|
| 給付決定保護者<br>氏 名             |                    |           |                    | 障がい児（通所・入所）<br>受 給 者 証 番 号 |
| 給 付 決 定 に<br>係る児童氏名        |                    |           |                    |                            |
| 受 付 年 月 日                  | 年 月 日              |           |                    |                            |
| 申 請 に 係 る<br>サ ー ビ ス 利 用 月 | 別紙支給対象月別明細<br>のとおり | 本 人 支 払 額 | 別紙支給対象月別明細<br>のとおり |                            |

| 決 定 内 容   |  |         |     |
|-----------|--|---------|-----|
| 決 定 年 月 日 |  | 支 給 金 額 | 0 円 |
| 不支給の理由    |  |         |     |
| 備 考       |  |         |     |

#### 【障がい児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後、(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときに除く。)でなければ提起することができないこととされています。
  - 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ず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。

#### 【障がい児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪市長を被告として、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、審査請求のみをした場合には、この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。

## 支給対象月別明細

| 対象者            | 支給(給付)決定<br>障がい者(保護者)氏名 |   | 受給者証番号     |   |          |   |
|----------------|-------------------------|---|------------|---|----------|---|
|                | 支給(給付)決定に<br>係る児童氏名     |   |            |   |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス  | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所支援   | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所支援   | 円 |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス  | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所支援   | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所支援   | 円 |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス  | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所支援   | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所支援   | 円 |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス  | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所支援   | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所支援   | 円 |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス費 | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所給付費  | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所給付費  | 円 |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス  | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所支援   | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所支援   | 円 |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス  | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所支援   | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所支援   | 円 |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス  | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所支援   | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所支援   | 円 |          |   |
| 支給(給付)<br>対象年月 | 本人支払額                   | 円 | 本人支払額内訳    |   |          |   |
|                | 決定額                     | 円 | 障がい福祉サービス  | 円 | 補装具      | 円 |
|                |                         |   | 障がい児通所支援   | 円 | 介護保険サービス | 円 |
|                |                         |   | 障がい児入所支援   | 円 |          |   |

大阪市長

(お問い合わせ先)

電話番号  
FAX 番号

高額障がい児（通所・入所）給付費 却下決定通知書

先に申請のありました高額障がい児（通所・入所）給付費については、次のとおり却下しましたので通知します。

記

|             |  |                       |
|-------------|--|-----------------------|
| 給付決定保護者名    |  | 障がい児（通所・入所）<br>受給者証番号 |
| 給付決定に係る児童氏名 |  |                       |

|              |       |
|--------------|-------|
| 受付年月日        | 年 月 日 |
| 却下年月日        | 年 月 日 |
| 却下となるサービス利用月 | 年 月   |
| 却下理由         |       |

【障がい児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市長を被告として（訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後、次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 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ず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。

【障がい児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪市長を被告として、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、審査請求のみをした場合には、この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。

様

大阪市 区保健福祉センター 所長

大阪市 区保健福祉センター  
保 健 福 祉 課  
電話番号  
FAX 番号

特例障がい児相談支援給付費支給（不支給）決定通知書

児童福祉法第24条の27の規定に基づき、特例障がい児相談支援給付費の支給について、次のとおり決定しましたので通知します。

|                  |   |                    |       |
|------------------|---|--------------------|-------|
| 障がい児通所<br>受給者証番号 |   |                    |       |
| 申請者氏名            |   | 申請に係る児童氏名          |       |
| 受付年月日            | 年 月 日   | 決定年月日              | 年 月 日 |
| 特例障がい児相談支援給付費    |   | 基準該当障がい児相談支援に要した費用 |       |
| 支給決定の内容          | 指定障がい児相談支援以外の障がい児相談支援を受けた給付決定                               |                    |       |
| 支 給              | <input type="checkbox"/> する<br><input type="checkbox"/> しない | 支 給<br>金 額         | 円     |
| 不支給の理由           |   |                    |       |

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に大阪市長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪市長に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。）提起することができます。（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）ただし、この決定について審査請求をした場合には、この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か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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）。

### 障がい児（通所・入所）給付費 支給申請内容取下届

(提出先)

区保健福祉センター所長

申請年月日

年 月 日

年 月 日に行った障がい児（通所・入所）給付費の支給申請については、次のとおり取り下げします。

|     |               |        |          |       |
|-----|---------------|--------|----------|-------|
| 申請者 | 受給者証番号        |        | 医療受給者証番号 |       |
|     | フリガナ          |        | 生年月日     | 年 月 日 |
|     | 氏名            |        | 続柄       |       |
|     | 居住地           | 〒 電話番号 |          |       |
|     | フリガナ          |        | 生年月日     | 年 月 日 |
|     | 支給申請に係る児童氏名   |        |          |       |
|     | 支給申請に係る児童の居住地 | 〒      |          |       |

|        |
|--------|
| 取り下げ理由 |
|--------|

|          |      |        |         |  |
|----------|------|--------|---------|--|
| 届出者<br>※ | フリガナ |        | 申請者との関係 |  |
|          | 氏名   |        |         |  |
|          | 居住地  | 〒 電話番号 |         |  |

※ 保護者が届け出る場合は記入不要です。成年後見人が申請者となる場合などは記入が必要です。

障がい児（通所・入所）給付費 利用者負担額減額・免除等申請内容取下届

(提出先)

区保健福祉センター所長

申請年月日

年 月 日

年 月 日に行った障がい児（通所・入所）給付費の利用者負担額減額・免除等申請については、次のとおり取り下げします。

|     |               |        |          |       |
|-----|---------------|--------|----------|-------|
| 申請者 | 受給者証番号        |        | 医療受給者証番号 |       |
|     | フリガナ          |        | 生年月日     | 年 月 日 |
|     | 氏名            |        | 続柄       |       |
|     | 居住地           | 〒 電話番号 |          |       |
|     | フリガナ          |        | 生年月日     | 年 月 日 |
|     | 支給申請に係る児童氏名   |        |          |       |
|     | 支給申請に係る児童の居住地 | 〒      |          |       |

|        |
|--------|
| 取り下げ理由 |
|--------|

|          |      |        |         |  |
|----------|------|--------|---------|--|
| 届出者<br>※ | フリガナ |        | 申請者との関係 |  |
|          | 氏名   |        |         |  |
|          | 居住地  | 〒 電話番号 |         |  |

※ 保護者が届け出る場合は記入不要です。成年後見人が申請者となる場合などは記入が必要です。

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××

大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目××番××号

大阪市〇〇〇区保健福祉センター《住所2》

保健福祉課

電話番号 ××××-××××

FAX 番号 ××××-××××

## 障がい児(通所・入所)給付費 取下通知

〇〇 〇〇 様

〇〇〇区保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました障がい児(通所・入所)給付費の支給申請について、  
次のとおり通知します。

### 記

|        |  |
|--------|--|
| 児童氏名   |  |
| 取下半年月日 |  |
| 取下理由   |  |

高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費 支給申請取下届

(提出先) 大阪市長

申請年月日 年 月 日

年 月 日に行った高額障がい福祉サービス等給付費(※1)・高額障がい児（通所・入所）給付費の支給申請については、次のとおり取下げます。

|                 |       |                           |   |
|-----------------|-------|---------------------------|---|
| フリガナ            |       | ①障害者総合支援法(※2)②児童福祉法③介護保険法 |   |
| 申請者氏名           |       | 制 度                       | 受給者証番号又は被保険者証番号   |
| 生年月日            | 年 月 日 |                           |   |
| 個人番号            |       | 補装具                       | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 居 住 地           | 〒     | 電話番号                      |   |
| フリガナ            |       | 続 柄                       |   |
| 支給(給付)決定に係る児童氏名 |       | 生年月日                      | 年 月 日   |

|      |
|------|
| 取下理由 |
|------|

※1 障害者総合支援法(※2)施行令第四十三条の五第一項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費

※2 障害者総合支援法…「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」

|        |       |   |  |         |
|--------|-------|---|--|---------|
| 届出者(※) | フリガナ  |   | <input type="checkbox"/> 代理人<br><input type="checkbox"/> 代行者 | 申請者との関係 |
|        | 氏 名   |   |  |         |
|        | 居 住 地 | 〒 | 電話番号   |         |

※ 本人が届け出る場合は記入不要です。

大阪市長

(お問い合わせ先)

電話番号  
FAX 番号

**高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費 取下通知書**

先に申請のありました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第四十三条の五第一項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費及び児童福祉法第二十一条の五の十二に規定する高額障がい児（通所・入所）給付費については、次のとおり取り下げましたので通知します。

記

|                         |       |        |
|-------------------------|-------|--------|
| 支給（給付）決定<br>障がい者(保護者)氏名 |       | 受給者証番号 |
| 支給（給付）決定に<br>係る児童氏名     |       |        |
| 取下年月日                   | 年 月 日 |        |
| 取下げとなる<br>サービス利用月       | 年 月   |        |
| 取下理由                    |       |        |

※本通知の「取下げとなるサービス利用月」以降に、高額障がい福祉サービス等給付費・高額障がい児（通所・入所）給付費に係るサービス利用がある場合は、あらためて支給申請手続きが必要となります。

(様式第17-1号)

児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 支給内容等変更申請書

(提出先) 区保健福祉センター所長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

|              |   |  |                                   |                                      |
|--------------|---|--|-----------------------------------|--------------------------------------|
| 申請者          | 受給者証番号  |  | 医療受給者証番号                          |                                      |
|              | フリガナ  |  | 生年月日                              | 年 月 日                                |
|              | 氏名  |  |                                   |                                      |
|              | 個人番号  |  |                                   |                                      |
|              | 居住地   | 〒  |                                   |                                      |
|              |   |  | 電話番号                              |                                      |
| 支給申請に係る児童氏名  | フリガナ  |  | 生年月日                              | 年 月 日                                |
|              | 個人番号  |  | 続柄                                |                                      |
|              | 支給申請に係る児童の居住地   | 〒  |                                   |                                      |
| 手帳等          | <input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳（番号） <input type="checkbox"/> 療育手帳（番号）<br><input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳（番号） <input type="checkbox"/> 疾病名（） |  |                                   |                                      |
| 現在のサービスの利用状況 | 障がい児通所支援  |  |                                   | 障がい児入所支援                             |
|              | <input type="checkbox"/> 児童発達支援   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うもの） |                                   | <input type="checkbox"/> 障がい児入所支援    |
|              | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援                   | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | <input type="checkbox"/> 医療型障がい児入所支援 |
|              | 障がい児相談支援  |  |                                   | <input type="checkbox"/> 障がい児相談支援    |
|              | 障がい福祉サービス等の利用状況   | 利用中のサービスの種類と内容   |                                   |                                      |
| 申請するサービス     | 障がい児通所支援  |  |                                   | 障がい児入所支援                             |
|              | <input type="checkbox"/> 児童発達支援   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うもの） |                                   | <input type="checkbox"/> 障がい児入所支援    |
|              | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援                   | <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | <input type="checkbox"/> 医療型障がい児入所支援 |
|              | 障がい児相談支援  |  |                                   | <input type="checkbox"/> 障がい児相談支援    |
|              | 変更を申請する理由   |  |                                   |                                      |

|        |      |      |         |
|--------|------|------|---------|
| 届出者(※) | フリガナ |      | 申請者との関係 |
|        | 氏名   |      |         |
|        | 居住地  | 〒    |         |
|        |      | 電話番号 |         |

- ※ 保護者が届け出る場合は記入不要です。成年後見人が申請者となる場合などは記入が必要です。
- ※ 支給決定に際し、必要となる相談記録や判定状況等について、関係先からの情報提供及び関係先への情報提供又は関係者が情報の閲覧をすることに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_

児童福祉法に基づく障がい児（通所・入所）給付費 減免内容等変更申請書

（提出先） 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                 |   |   |          |       |
|-----------------|---|---|----------|-------|
| 申請者             | 受給者証番号  |   | 医療受給者証番号 |       |
|                 | フリガナ  |   | 生年月日     | 年 月 日 |
|                 | 氏名  |   | 個人番号     |       |
|                 | 居住地   | 〒 | 電話番号     |       |
|                 | フリガナ  |   | 生年月日     | 年 月 日 |
|                 | 支給申請に係る児童氏名   |   | 続柄       |       |
|                 |   |   | 個人番号     |       |
|                 | 支給申請に係る児童の居住地   | 〒 |          |       |
| 変更申請する減免の種類     |   |   |          |       |
| I<br>負担上限額の区分   | <p>次の区分の適用を申請します。<br/>         (あてはまるものにチェックしてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。)</p> <input type="checkbox"/> 1 生活保護受給世帯<br><input type="checkbox"/> 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障がい者基礎年金等の収入の合計額が基準額以下のもの<br>(※基準額：令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円)<br><input type="checkbox"/> 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの<br><input type="checkbox"/> 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、所得割28万円未満のもの |   |          |       |
| 個別減免 II<br>医療型  | <p>次にあてはまるため、医療型個別減免を申請します。<br/>         医療型障がい児入所施設入所者であること</p>  |   |          |       |
| 給付 III<br>補足    | <p>次にあてはまるため、特定入所障がい児食費等給付費を申請します。<br/>         福祉型障がい児入所施設入所者であること</p>   |   |          |       |
| IV<br>境界層減免     | <p>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。<br/>         ※生活支援担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。</p>   |   |          |       |
| V<br>措置<br>多子軽減 | <p>多子軽減措置に係る下記の区分の適用を申請します。<br/>         (あてはまるものにチェックしてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。)</p> <input type="checkbox"/> 1 第2子に該当する者<br><input type="checkbox"/> 2 第3子以降に該当する者<br>※在園証明等が必要となります。   |   |          |       |

〈食事代に関すること〉

|             |  |
|-------------|--|
| 福祉型 (通所・入所) | <input type="checkbox"/> I 負担上限額の区分のうち、1、2、3にあてはまらないかたで、市町村民税額 (所得割) が28万円未満のかた。                       |
| 医療型 (入所)    | 入院食事標準負担額の軽減措置 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>※有のかたは標準負担額減額認定証の写し等を添付してください。 |

〈裏面へ続く〉

いずれも、「世帯状況・収入申告書」及び事実関係を確認できる書類を添付してください。

次の賦課・受給状況等の照会について同意をされる方は、次の(1)(2)の項目に係る、事実関係を  
確認できる書類の添付は必要ありません。

障がい児通所・入所支援に係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定にあたって、申請者(利用者)及びその者と住民票を同じくする世帯員全員について、大阪市長が以下の情報を課税台帳、加入医療保険に係る台帳等の関係公簿を閲覧し又は個人番号を用いて照会し、その情報に基づいて、所得区分等を認定することに同意します。

- (1) 生活保護受給状況、市町村民税の賦課及び所得状況、加入医療保険に係る資格情報等
- (2) 特別児童扶養手当、障がい児福祉手当、特別障がい者手当、経過的福祉手当の受給状況等

申請先 大 阪 市 長

|            |  |
|------------|--|
| 申請者<br>同意欄 |  |
|------------|--|

◇世帯の状況等について

| フリガナ<br>氏 名 | 生 年 月 日 | 続柄 | 個人番号 |
|-------------|---------|----|------|
|             | 年 月 日   |    |      |
|             | 年 月 日   |    |      |
|             | 年 月 日   |    |      |
|             | 年 月 日   |    |      |
|             | 年 月 日   |    |      |

|            |       |         |  |
|------------|-------|---------|--|
| 届出者<br>(※) | フリガナ  | 申請者との関係 |  |
|            | 氏 名   |         |  |
|            | 居 住 地 | 〒       |  |

※保護者が届け出る場合は記入不要です。成年後見人が申請者となる場合などは記入が必要です。

《 市使用欄 》

|  |   |
|--|---|
| 障がい児(通所・入所)給付を受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月の場合は前々年の12月31日時点の年齢が16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者数 | 人 |
|--|---|

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××  
大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目××番××号  
大阪市〇〇〇区保健福祉センター  
保健福祉課  
電話番号 ××××-××××  
FAX 番号 ××××-××××

## 障がい児(通所・入所・相談支援)給付費 支給変更決定兼減免変更決定通知書

〇〇 〇〇 様

〇〇〇区保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました障がい児(通所・入所)給付費、障がい児相談支援給付費の支給及び減免について、次のとおり決定しましたので通知します。

### 記

|                    |  |               |   |
|--------------------|--|---------------|---|
| 受給者証番号             |  | 給付決定保護者又は本人   |   |
| 給付決定日              |  | 給付決定に係る障がい児氏名 |   |
| 変更後の負担上限月額         |  | 適用期間          | ～ |
| 変更後の特定入所障がい児食費等給付費 |  |               | ～ |
| 変更後のサービス種類及び支援の内容  |  |               |   |
| 変更の理由              |  |               |   |
| 変更後の多子軽減対象         |  |               |   |
| 負担上限月額(障がい児等施設医療費) |  | 適用期間          | ～ |
| 食費上限月額             |  |               | ～ |
| 公費負担者番号            |  | 公費受給者番号       |   |

受給者証を上記の区保健福祉センターにまで速やかに提出して下さい。ただし、既に受給者証を提出されている方は不要です。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には変更することがあります。

#### 審査請求及び取消訴訟

##### 【障がい児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪府を被告として(訴訟において大阪府を代表する者は大阪府知事となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。)でなければ提起することができないこととされています。

- (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ず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。

##### 【障がい児入所給付費及び障がい児相談支援給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪府を被告として(訴訟において大阪府を代表する者は大阪府知事となります。)、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、審査請求のみをした場合には、この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。

大阪市長

(お問い合わせ先)

電話番号  
FAX 番号

高額障がい児（通所・入所）給付費 支給変更決定通知書

先に申請のありました高額障がい児（通所・入所）給付費については、次のとおり決定しましたので通知します。

記

|             |  |                       |
|-------------|--|-----------------------|
| 給付決定保護者氏名   |  | 障がい児（通所・入所）<br>受給者証番号 |
| 給付決定に係る児童氏名 |  |                       |

|              |       |           |              |
|--------------|-------|-----------|--------------|
| 受付年月日        | 年 月 日 | 決定年月日     | 年 月 日        |
| 前回決定額        | 円     |           |              |
| 今回決定額        | 円     |           |              |
| 本人支払額        | 円     | 本人支払額内訳   |              |
|              |       | 障がい福祉サービス | 円 補装具 円      |
|              |       | 障がい児通所支援  | 円 介護保険サービス 円 |
| 申請に係るサービス利用月 |       | 障がい児入所支援  | 円            |

|         |                         |
|---------|-------------------------|
| 支 払 方 法 |                         |
| 口 座 払 い |                         |
| 振 込 先   | 申 請 時 に 届 け 出 た 銀 行 口 座 |

【高額障がい児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市長を被告として（訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後、（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときに除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 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ず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。

【高額障がい児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪市長を被告として、この処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、審査請求のみをした場合には、この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。

〒 -

〇〇 〇〇 様

〒×××-×××

大阪市〇〇〇区〇〇〇×丁目×番×号

大阪市〇〇〇区保健福祉センター《住所》  
保健福祉課

電話番号 ××××-××××

FAX 番号 ××××-××××

## 障がい児(通所・入所・相談支援)給付費 支給決定取消通知書

〇〇 〇〇 様

〇〇〇区保健福祉センター所長

年 月 日に支給決定した障がい児(通所・入所)給付費、障がい児相談支援給付費について、次の通り取消しますので通知します。

### 記

|        |  |
|--------|--|
| 受給者証番号 |  |
| 児童氏名   |  |
| 取消年月日  |  |
| 取消理由   |  |

受給者証を上記の区保健福祉センターまで速やかに返還して下さい。ただし、既に受給者証を提出されている方は不要です。

### 審査請求及び取消訴訟

#### 【障がい児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後、(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときに除く。)でなければ提起することができないこととされています。

- (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ず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。

#### 【障がい児入所給付費及び障がい児相談支援給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪市長に対して審査請求をすること、及び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か月以内に大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)、この処分の取消しの訴えを提起することができます。

なお、審査請求のみをした場合には、この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。

障がい児（通所・入所）給付費 氏名変更・転居届

大阪市 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

届出年月日 年 月 日

|   |  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 給付決定保護者等  | 障がい児通所・入所<br>受給者証番号  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 | 障がい児<br>医療受給者証番号 |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | フリガナ   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ            |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 氏名   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 給付決定に係る<br>児童氏名 |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 個人番号   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 居住地   | 〒<br><br>電話番号（ ） —   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 届出事由<br>□をチェックし、以下の<br>「異動内容」欄にその内<br>容を記入してください。 | <input type="checkbox"/> 氏名変更（給付決定保護者）<br><input type="checkbox"/> 氏名変更（給付決定に係る児童氏名）<br><input type="checkbox"/> 市内転居（給付決定保護者及び給付決定に係る児童）<br><input type="checkbox"/> 市外転出（給付決定保護者及び給付決定に係る児童） |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 異動の内容   | 異動年月日  | 年 月 日          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | フリガナ   |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | フリガナ            |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 新氏名  |                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 新氏名             |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 転居後の居住地又は住所  | 〒<br>電話番号（ ） — |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|   | 予備欄  | 〒<br>電話番号（ ） — |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |                  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|          |      |           |  |         |  |
|----------|------|-----------|--|---------|--|
| 届出者<br>※ | フリガナ |           |  | 申請者との関係 |  |
|          | 氏名   |           |  |         |  |
|          | 居住地  | 〒<br>電話番号 |  |         |  |

※保護者が届け出る場合は記入不要です。成年後見人が申請者となる場合などは記入が必要です。

(様式第22号)

### 障がい児（通所・入所）給付費 受給者証等再交付申請書

大阪市 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

届出年月日 年 月 日

|                |  |  |   |            |
|----------------|--|--|---|------------|
| 給付決定保護者等       | 障がい児通所・入所<br>受給者証番号  |  | 障がい児<br>医療受給者証番号  |            |
|                | フリガナ   |  | フリガナ  |            |
|                | 氏名   |  | 給付決定に係る<br>児童氏名   |            |
|                | 個人番号   |  | 個人番号  |            |
| 居住地            | 〒  |  |   | 電話番号 ( ) - |
| 再交付を申請する<br>書類 | <input type="checkbox"/> 障がい児（通所・入所）受給者証<br><input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療受給者証            |  | <input type="checkbox"/> 障がい児入所医療受給者証<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |            |
| 申請の理由          | <input type="checkbox"/> 紛失・焼失 <input type="checkbox"/> 破損・汚損 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |   |            |

|            |      |   |         |  |
|------------|------|---|---------|--|
| 届出者<br>(※) | フリガナ |   | 申請者との関係 |  |
|            | 氏名   |   |         |  |
|            | 居住地  | 〒 |         |  |

※保護者が届け出る場合は記入不要です。成年後見人が申請者となる場合などは記入が必要です。



( 施設) 入所支援  
契約内容 (入所受給者証記載事項) 報告書

年 月 日

様

|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 事業者番号               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業者及びその施設の名称<br>代表者 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

下記のとおり当事業者との契約内容 (入所受給者証記載事項) について報告します。

記

報告対象者

|                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 入所受給者証番号        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入所給付決定<br>保護者氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 障がい児氏名          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

入所又は退所日の報告

|  |       |
|--|-------|
| 入所日又は退所日   |       |
| <input type="checkbox"/> 入所日<br><input type="checkbox"/> 退所日 | 年 月 日 |

※退所の場合、次の事項についても記載してください。  
(①～③は、把握されている範囲で結構です。)

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| ①退所の理由                          |  |
| ②他施設利用の場合、施設の名称                 |  |
| ③退所に伴い居住地が変更される場合、<br>新しい居住地の住所 |  |

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案 (I)

(様式第24号)

さま  
様

|   |  |           |                             |                 |
|---|--|-----------|-----------------------------|-----------------|
| しきゆうけつていくめい<br>支給決定区名                     | けいかくあんさくせいび<br>計画案作成日                    | ねん がつ 日にち | りようしゃかくにんらん<br>利用者確認欄       |                 |
| りようしゃしめい じどうしめい<br>利用者氏名(児童氏名)            | しょう しえんくぶん<br>障がい支援区分                    |           | そうだんしえんじぎょうしゃめい<br>相談支援事業者名 |                 |
| ほごしゃしめい<br>保護者氏名                          | ほんにん つづきから<br>本人との続柄                     |           | けいかくさくせいたんとうしゃ<br>計画作成担当者   |                 |
| しょう ふくし じゆきゆうしゃしょうばんごう<br>障がい福祉サービス受給者証番号 | ちいきそうだんしえんじゆきゆうしゃしょうばんごう<br>地域相談支援受給者証番号 |           | モニタリング頻度の提案<br>ひんど ていあん     | まいつき<br>毎月      |
| つうしよじゆきゆうしゃしょうばんごう<br>通所受給者証番号            | きかん かいしねんげつ<br>モニタリング期間(開始年月)            | ねん がつ     |                             | げつまいつき<br>3カ月毎月 |
|   |  |           |                             | げつまいつき<br>6カ月毎月 |
| つうしよじゆきゆうしゃしょうばんごう<br>通所受給者証番号            |  |           |                             | げつ<br>2カ月に1度    |
|   |  |           |                             | げつ<br>3カ月に1度    |
|   |  |           |                             | げつ<br>6カ月に1度    |

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| そうごうてき えんじよ ほうしん<br>総合的な援助の方針 |  |
|-------------------------------|--|

|                       |              |           |                              |                       |
|-----------------------|--------------|-----------|------------------------------|-----------------------|
| りようしゃ めんせつ<br>利用者との面接 | めんせつひ<br>面接日 | ねん がつ 日にち | りようしゃいがい めんせつしゃ<br>利用者以外の面接者 | りようしゃ かぞく ( ) その他 ( ) |
|                       | めんせつひ<br>面接日 | ねん がつ 日にち | りようしゃいがい めんせつしゃ<br>利用者以外の面接者 | りようしゃ かぞく ( ) その他 ( ) |

| ゆう<br>せん<br>先<br>じゆ<br>順 | かいけつ かいだい<br>解決すべき課題<br>ほんにん<br>(本人のニーズ) | しえんもくひよう<br>支援目標 | たっせい<br>達成<br>じき<br>時期 | しょう ふくし サービス とう<br>障がい福祉サービス等<br>しゆるい ないよう りよう ひんど じかん<br>種類・内容・量(頻度・時間) | かだいかいけつ<br>課題解決のための<br>ほんにん やくわり<br>本人の役割 | ひようか<br>評価<br>じき<br>時期 | たひゆういじこう<br>その他留意事項 |
|--------------------------|--|------------------|------------------------|--|---|------------------------|---------------------|
| 1                        |  |                  |                        |  |   |                        |                     |
| 2                        |  |                  |                        |  |   |                        |                     |
| 3                        |  |                  |                        |  |   |                        |                     |
| 4                        |  |                  |                        |  |   |                        |                     |
| 5                        |  |                  |                        |  |   |                        |                     |
| 6                        |  |                  |                        |  |   |                        |                     |

サービス等利用計画案・障がい児支援利用計画案(Ⅱ)【週間計画表】

|             |         |        |         |
|-------------|---------|--------|---------|
| 利用者氏名(児童氏名) | 保護者氏名   | 本人との続柄 | 障がい支援区分 |
| 相談支援事業者名    | 計画作成担当者 | 計画開始年月 |         |

|       | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 備考 |
|-------|---|---|---|---|---|---|-----|----|
| 0:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 1:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 2:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 3:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 4:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 5:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 6:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 7:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 8:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 9:00  |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 10:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 11:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 12:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 13:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 14:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 15:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 16:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 17:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 18:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 19:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 20:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 21:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 22:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |
| 23:00 |   |   |   |   |   |   |     |    |

※1週間の計画時間数(週間計画表より)…月の合計時間の算出方法は、週合計×4.5倍

|              | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 週合計   | 月合計 |
|--------------|---|---|---|---|---|---|-----|-------|-----|
| 身体介護         |   |   |   |   |   |   |     | 0     |     |
| 家事援助         |   |   |   |   |   |   |     | 0     |     |
| 通院・乗降        |   |   |   |   |   |   |     | 0     |     |
| 重度訪問         |   |   |   |   |   |   |     | 0 (0) |     |
| 行動援護<br>同行援護 |   |   |   |   |   |   |     | 0     |     |

【週間計画に反映させにくい項目】

| 項目名 | 1回あたりの回数 | 月あたりの回数 | 月あたりの時間数 |
|-----|----------|---------|----------|
| ①   | 時間       | × 回     | 時間       |
| ②   | 時間       | × 回     | 時間       |
| ③   | 時間       | × 回     | 時間       |

【1カ月の訪問系サービス(計画)時間】

|           |    |
|-----------|----|
| 身体介護      | 時間 |
| 家事援助      | 時間 |
| 通院・乗降     | 時間 |
| 重度訪問      | 時間 |
| 行動援護・同行援護 | 時間 |

【訪問系サービス以外の障がい福祉サービス項目】

|   |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| ① | 日 / 月 | ② | 日 / 月 |
|---|-------|---|-------|

【障がい福祉サービス以外の項目】

|   |        |   |        |
|---|--------|---|--------|
| ① | 時間 / 月 | ② | 時間 / 月 |
|---|--------|---|--------|

その他特記事項

### 申請者の現状(基本情報)

|     |  |          |  |         |  |
|-----|--|----------|--|---------|--|
| 作成日 |  | 相談支援事業者名 |  | 計画作成担当者 |  |
|-----|--|----------|--|---------|--|

1. 概要(支援経過・現状と課題等)

2. 利用者の状況

|           |                                      |         |  |       |       |
|-----------|--------------------------------------|---------|--|-------|-------|
| 氏名        |                                      | 生年月日    |  | 年齢    |       |
| 住所        |                                      |         |  | 電話番号  |       |
|           | [持家・借家・グループホーム・入所施設・医療機関・その他(     )] |         |  | FAX番号 |       |
| 障がいまたは疾患名 |                                      | 障がい支援区分 |  | 性別    | 男 ・ 女 |

|  |  |
|--|--|
| <p><b>家族構成</b> ※年齢、職業、主たる介護者等を記入</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div> | <p><b>社会関係図</b> ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px;"></div> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><b>生活歴</b> ※受診歴等含む</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> | <p><b>医療の状況</b> ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等</p> <div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div> |
|---|--|

|   |   |
|---|---|
| <p><b>本人の主訴(意向・希望)</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div> | <p><b>家族の主訴(意向・希望)</b></p> <div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div> |
|---|---|

3. 支援の状況

|                           | 名称 | 提供機関・提供者 | 支援内容 | 頻度 | 備考 |
|---------------------------|----|----------|------|----|----|
| 公的支援<br>(障がい福祉サービス、介護保険等) |    |          |      |    |    |
| その他の支援                    |    |          |      |    |    |

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】

|       |  |         |  |          |  |
|-------|--|---------|--|----------|--|
| 利用者氏名 |  | 障がい支援区分 |  | 相談支援事業者名 |  |
|       |  |         |  | 計画作成担当者  |  |

|       | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日・祝 | 主な日常生活上の活動 |
|-------|---|---|---|---|---|---|-----|------------|
| 6:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 8:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 10:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 12:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 14:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 16:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 18:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 20:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 22:00 |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 0:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 2:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |
| 4:00  |   |   |   |   |   |   |     |            |

週単位以外のサービス

計画相談支援・障がい児相談支援依頼（変更）届出書

大阪市長 様

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  | 〒 |      |       |
| 申請に係る<br>児童氏名 | フリガナ |   | 生年月日 | 年 月 日 |
|               |      |   | 続柄   |       |

|  |      |
|--|------|
| 計画相談支援・障がい児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障がい児相談支援事業所名 |      |
| フリガナ<br>事業所名                                   |      |
| 住所   | 〒    |
|  | 電話番号 |

|  |
|--|
| 指定特定相談支援事業所・指定障がい児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 年 月 日