

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における
介護給付費等にかかる支給決定事務取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第19条第1項に規定する介護給付費等及び法第51条の5第1項に規定する地域相談支援給付費等、法第51条の17第1項に規定する計画相談支援給付費、法第51条の18第1項に規定する特例計画相談支援給付費（以下「計画相談支援給付費等」という。）及び法第76条の2に規定する高額障がい福祉サービス等給付費の支給に関して、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施行令（平成18年政令第10号。以下「施行令」という。）障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）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。

(介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費の支給申請)

第3条 法第20条第1項及び法第51条の6第1項の規定による申請を行おうとする障がい者又は障がい児の保護者（以下「障がい者等」という。）は、保健福祉センター所長に、介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（様式第1号）（以下「支給申請書」という。）又は大阪市行政オンラインシステムにより入力する介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（行政オンライン）（様式第1-2号）（以下「支給申請書（行政オンライン）」という。）に、次に掲げる書類を添えて提出しなければならない。

現に介護給付費等及び地域相談支援給付費等にかかる支給決定を受けている場合には、当該障がい福祉サービス受給者証（様式第6-1号）

負担上限月額算定の算定（特定障がい者特別給付費の支給決定を含む。以下同じ。）のために世帯の収入状況等について申告する必要がある場合には、世帯状況・収入申告書（様式第2号）

その他保健福祉センター所長が必要と認めるもの

2 次の各号に掲げる申請は、支給申請書（行政オンライン）による申請を行うことはできない。

介護給付費のうち、施設入所支援及び療養介護の利用申請

支給申請書に記載の利用者負担減額・免除等の申請のうち、（ ）医療型個別減免に関する認定、（ ）特定障がい者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置）（ ）生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定に係る減免申請

前項第3号において、医師による診断書を必要と認める場合

負担上限月額算定のために世帯の収入状況等について確認を行うにあたり、前年1月1日時点で大阪市内に住居基本台帳法（昭和42年法律第81号）上の住所を有しない世帯員が存在する場合

法第51条の17第1項及び法第51条の18第1項に規定する計画相談支援給付費等の支

- 給を受けようとする者（以下「計画相談支援給付費等申請者」という。）ではない者
- 3 介護給付費等及び地域相談支援給付費等の支給決定を受けている障がい者等が法第23条に規定する支給決定の有効期間の満了に際し、継続して介護給付費及び訓練等給付費並びに地域相談支援給付費の支給決定を受けるために申請を行おうとする場合には、前項の規定を準用する。
 - 4 保健福祉センター所長は、必要に応じて第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。

（特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費の支給申請）

第4条 法第20条第1項及び法第51条の6第1項の規定による申請をした日から当該支給決定の効力が生じた日の前日までの間に、緊急その他やむを得ない理由により特例介護給付費及び特例訓練等給付費（以下「特例介護給付費等」という。）並びに特例地域相談支援給付費を受けようとする者（以下「特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費申請者」という。）は、保健福祉センター所長に、特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費支給申請書（様式第3号）を提出しなければならない。

（特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費の支給決定）

第5条 法第30条第1項第1号及び法第51条の15第1項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、特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費申請者に対して、特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費支給（不支給）決定通知書（様式第12号）により通知する。

支給するサービスの種類

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サービスを開始する日の前日までの間に受けたサービス費用の利用者負担額

その他保健福祉センター所長が必要と認める事項

- 2 保健福祉センター所長は、前条の申請に対し特例介護給付費等又は特例地域相談支援給付費を支給しない旨の決定を行ったときは、特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費申請者に対して特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費支給（不支給）決定通知書（様式第12号）を交付するものとする。

（障がい支援区分の認定）

第6条 大阪市認定事務センターは、法第21条第1項の規定により障がい支援区分の認定を行い、第3条第1項における申請を行った障がい者等に対して申請日から45日以内に障がい支援区分認定結果通知書（様式第4-1号）により通知を行うものとする。ただし、申請者が他市町村からの転入者であって、申請時において前居住地で受けた障がい支援区分の認定が有効である場合、その障がい支援区分に基づき、障がい支援区分の認定を行い、障がい支援区分認定結果通知書（転入継続）（様式第4-2号）により通知を行うものとする。

（介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費の支給決定）

第7条 法第19条第1項及び法第51条の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、障がい支援区分の認定を伴う場合については申請日から75日以内、障がい支援区分の認定を伴わない場合については申請日から30日以内に次の各号に掲げる事項について決定し、申請者に対して、支給決定通知書（様式第5号）及び地域相談支援給付

決定通知書（様式第5 - 2号）並びに支給決定通知明細書（様式第16号）及び地域相談支援給付決定通知明細書（様式第16 - 2号）により通知するとともに、あわせて、障がい福祉サービス受給者証（様式第6 - 1号）及び地域相談支援受給者証（様式第6 - 2号）を交付するものとする。

支給するサービスの種類

次項で定める支給量及び地域相談支援給付量

支給決定の有効期間

負担上限月額に関する事項

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、申請者の障がい支援区分（障がい児の場合、児童支給決定区分）や利用意向、介護者の状況、サービス等利用計画案等を勘案したうえで適切な支給量（法第22条第7項に規定する支給量をいう。）を定めるものとし、法第28条第1項及び第2項に規定する障がい福祉サービスの支給量及び法第51条の7第7項に規定する地域相談支援給付量については、それぞれ別に定める基準の範囲内で定めるものとする。ただし、大阪市障がい支援区分認定審査会運営要綱第16条第2項第1号に基づく審査の結果、別に定める基準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介護給付費等の支給決定を行うときは、勘案事項整理票（様式第7号）により必要な事項を勘案したうえで、日常生活の状況聞き取り票（児童支給決定用）（様式第8号）により障がいの状況を確認し、児童支給区分を決定することとする。
- 4 保健福祉センター所長は、介護給付費等及び地域相談支援給付費等を支給しない旨の決定を行ったときは、申請者に支給申請却下通知書（様式第9号）を交付するものとする。
- 5 保健福祉センター所長は、第3条第1項第2号に規定する負担上限月額の算定のために必要な事項に関する書類の提出があった場合、施行令第17条の規定に基づき、申請内容に応じた負担上限月額の決定を行う場合には減額免除決定通知書（様式第10号）を交付し、申請内容に応じた負担上限月額の決定を行わない場合には減額免除却下通知書（様式第11号）を交付する。

（計画相談支援給付費等の支給決定）

- 第8条 計画相談支援給付費等申請者は、支給申請書又は支給申請書（行政オンライン）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 計画相談支援給付費等申請者は、指定特定相談支援事業所より提供されたサービス等利用計画案（様式第13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14号）を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、提出されたサービス等利用計画案の内容等を勘案して計画相談支援給付費等の支給を決定し、計画相談支援給付費等申請者に対し、支給決定通知書（様式第5号）又は特例計画相談支援給付費支給（不支給）決定通知書（様式第15号）並びに支給決定通知明細書（様式第16号）により通知する。
 - 4 保健福祉センター所長は、計画相談支援給付費等を支給しない旨の決定を行ったときは、計画相談支援給付費等申請者に対し、支給申請却下通知書（様式第9号）を交付す

るものとする。

- 5 モニタリング期間については、施行規則第6条の16による標準期間を原則とし、障がい福祉サービス受給者証にその旨記載したうえで、介護給付費等の支給決定に準じて取り扱うものとする。

(特例計画相談支援給付費の支給)

- 第9条 法第51条の18第2項に定める額は、法第51条の17第2項に規定する主務大臣が定める基準により算定した費用の額とする。

(支給申請の取り下げの届出)

- 第10条 申請者は、申請後、支給決定が行われるまでに、支給決定を要しない状況となった場合には、介護給付費等支給申請取下届(様式第17号)を保健福祉センター所長に提出しなければならない。

(支給決定の変更)

- 第11条 法第24条第1項の規定により支給決定の変更の申請をしようとする支給決定障がい者等は、保健福祉センター所長に介護給付費等支給量等変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書(様式第18号)(以下「支給量等変更申請書」という。)又は大阪市行政オンラインシステムにより作成する介護給付費等支給量等変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書(行政オンライン)(様式第18-2号)(以下「支給量等変更申請書(行政オンライン)」という。)に、次に掲げる書類を添えて提出しなければならない。

現に介護給付費等及び地域相談支援給付費等にかかる支給決定を受けている場合には、当該障がい福祉サービス受給者証(様式第6-1号)

負担上限月額算定の算定(特定障がい者特別給付費の支給決定を含む。以下同じ。)のために世帯の収入状況等について申告する必要がある場合には、世帯状況・収入申告書(様式第2号)

その他保健福祉センター所長が必要と認めるもの

- 2 次の各号に掲げる申請は、支給量等変更申請書(行政オンライン)による申請を行うことはできない。

介護給付費のうち、施設入所支援及び療養介護の利用申請

支給申請書に記載の利用者負担減額・免除等の申請のうち、()医療型個別減免に関する認定、()特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)()生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定に係る減免申請

前項第3号において、医師による診断書を必要と認める場合

負担上限月額算定のために世帯の収入状況等について確認を行うにあたり、前年1月1日時点で大阪市内に住居基本台帳法(昭和42年法律第81号)上の住所を有しない世帯員が存在する場合

計画相談支援給付費等申請者ではない者

- 3 第1項の支給決定の変更の決定を行う場合においては、第6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19条第1項及び法第51条の5第1項の支給決定」とあるのは「法第24条第2項及び法第51条の9第2項の支給決定の変更の決定」と、同じく「支給決定通知書(様式第5号)」とあるのは「変更支給決定通知書(様式第19号)」と、同条第2項、第3項及び第5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4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。

- 4 第1項の支給決定の変更を行うにあたり、法第24条第4項の規定により障がい支援区分の変更の認定を行ったときは、保健福祉センター所長は、支給決定障がい者等に障がい支援区分認定結果通知書（様式第4-1号）を交付するものとする。
- 5 法第24条第4項の規定により障がい支援区分の変更の認定を行う場合において、支給決定障がい者等が次の各号のいずれにも該当する場合には、支給量等変更申請書の提出日から障がい支援区分の変更の認定がなされるまでの間（ただし、3ヶ月を限度とする）居宅介護の支給決定にあたり、同申請書の提出時点で認定されている区分の1段階上の区分とみなして決定することができる。
- 6 法第24条第4項の規定により障がい支援区分の変更の認定を行う場合において、支給決定障がい者が次の各号のいずれにも該当する場合には、支給量等変更申請書の提出日から障がい支援区分の変更の認定がなされるまでの間（ただし、3ヶ月を限度とする）居宅介護の支給決定にあたり、同申請書の提出時点で認定されている区分の1段階上の区分とみなして決定することができる。

障がい支援区分が区分1から区分3のいずれかに認定されている場合

自殺企図等が想定されるなど、精神症状を原因として生命の存続が危ぶまれるような状況にあると認められる場合

（支給決定の取消し）

第12条 保健福祉センター所長は、支給決定障がい者等が次の各号に掲げる事項に該当する場合には、当該支給決定を取り消すとともに、その旨を支給決定取消通知書（様式第20号）により当該支給決定障がい者等に対し通知するものとする。

支給決定障がい者等が、障がい福祉サービスを受ける必要がなくなったと認めるとき

支給決定障がい者等が、支給決定の有効期間内に、大阪市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（ただし、法第19条第3項及び第4項に規定する特定施設に入所することにより大阪市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を除く。）

- 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福祉サービス受給者証（様式第6-1号）及び地域相談支援受給者証（様式第6-2号）の返還を求めるものとする。

（申請内容の変更の届出等）

第13条 施行令第15条の規定により申請内容の変更の届出をしようとする支給決定障がい者等は、介護給付費・訓練等給付費氏名変更・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14条 施行規則第23条に規定する受給者証の再交付申請は、受給者証再交付申請書（様式第22号）により行うものとする。

（障がい支援区分認定証明書の交付）

第15条 保健福祉センター所長は、申請者若しくは支給決定障がい者等が、障がい支援区

分認定の有効期間中に他市町村に転出する場合、障がい支援区分認定証明書（様式第23号）を交付するものとする。

（高額障がい福祉サービス等給付費の支給）

第16条 法第76条の2第1項で定める、同一の月に受けた障がい福祉サービス及び介護保険法第24条第2項に規定する介護給付等対象サービスのうち政令で定めるもの並びに補装具の購入、借受け又は修理に要した費用の合計額から当該費用につき支給された介護給付費等及び同法第20条に規定する介護給付等のうち政令で定めるもの並びに補装具の合計額を控除して得た額が、著しく高額であって、高額障がい福祉サービス等給付費の支給を受けようとする場合は、次のとおりとする。

施行令第47条第1項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費の支給を受けようとする支給決定障がい者等は、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24号）を提出しなければならない。

施行令第47条第6項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費の支給を受けようとする支給決定障がい者及び法76条の2第1項第2号に掲げる障がい者は、大阪市長に、高額障がい福祉サービス等給付費支給申請書（様式第25号）を提出しなければならない。

- 2 前項第1号の申請者に、法第76条の2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、支給決定障がい者利用者負担合算額及び世帯の高額障がい福祉サービス等給付費算定基準額等）を審査し、適正と認められる場合は、申請者に対して、高額障がい福祉サービス等給付費支給決定通知書（様式第26号）並びに複数月の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28号）により通知する。また、適正と認められない場合は、高額障がい福祉サービス等給付費不支給決定通知書（様式第27号）並びに複数月の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28号）又は高額障がい福祉サービス等給付費却下決定通知書（様式第29号）により通知する。
- 3 前項の大阪市長が行った支給決定又は不支給決定の変更の決定を行う場合においては、高額障がい福祉サービス等給付費支給変更決定通知書（様式第30号）により通知する。
- 4 第1項第1号の申請者は、申請後、支給決定が行われるまでに、支給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31号）を大阪市長に提出しなければならない。
- 5 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32号）により通知する。
- 6 第1項第2号の申請者に、法第76条の2の支給決定を行う場合、大阪市長は、その内容（支給要件及び障がい福祉相当介護保険サービス費用等）を審査し、適正と認められる場合は、申請者に対して、高額障がい福祉サービス等給付費支給決定通知書（様式第33-1号。ただし、申請者が被保護者の場合は様式第33-2号。高額障がい福祉サービス等給付費の支払額を調整する場合は様式第33-3号）並びに複数月の支給決定を行う場合については支給対象月別明細書（様式第34-1号。ただし、申請者が被保護者の場合は様式第34-2号）により通知する。また、適正と認められない場合は、高額障がい福祉サービス等給付費却下決定通知書（様式第35号）により通知する。
- 7 前項の支給決定の変更の決定を行う場合においては、高額障がい福祉サービス等給付費支給変更決定通知書（様式第36号。ただし、申請者が被保護者の場合は様式第33-2

号及び様式第34 - 2号)により通知する。

(その他)

第17条 この要綱の施行について必要な事項は、福祉局長が定める。

附 則

- 1 この要綱は、平成18年10月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行に伴い、大阪市介護給付費・訓練等給付費及び施設訓練等支援費の支給事務取扱要綱は廃止する。
- 3 この要綱の施行前に、大阪市介護給付費・訓練等給付費及び施設訓練等支援費の支給事務取扱要綱の規定に基づきすでに支給決定を受けた指定居宅支援にかかる処遇加算額及び処遇支援加算の額の支弁については、なお従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行前に、すでに支給決定を受けた指定居宅支援にかかる処遇加算額及び処遇支援加算の額の支弁については、なお従前の例による。

附 則

- 1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行前に行ったサービス利用計画作成費の支給対象者の認定については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、平成22年2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

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年3月1日から施行する。

(経過措置)

この要綱の施行の前日までに交付した障がい福祉サービス受給者証については、次に受給者証を交付するまで適用可能とする。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成26年4月1日から施行する。
- 2 第3条第1項及び第3項における各種申請書においては、地域社会における共生の実現に向けて新たな障害保健福祉施策を講ずるための関係法律の整備に関する法律の一部の施行に伴う関係省令の整備等に関する省令附則第2条第1項及び第2項に基づき、当分の間、この要綱施行前に使用していた帳票についても使用できるものとする。

附 則

この要綱は、平成26年5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

- 1 この要綱は、平成30年7月1日から施行する。
- 2 この要綱による改正前の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における介護給付費等にかかる支給決定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

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

この要綱は、令和元年8月1日から施行する。

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障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における介護給付費等にかかる支給決定事務取扱要綱第16条第1項第1号の規定は、平成31年4月1日以後に提供された障がい福祉サービス等に係る障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令(平成18年政令第10号)第43条の5第1項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費の支給に関する事務について適用し、同日前に支給決定障がい者が受けた同項に規定する高額障がい福祉サービス費等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6年8月30日から施行する。
- 2 この要綱による改正前の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における介護給付費等にかかる支給決定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2月17日から施行する。
- 2 この要綱による改正前の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における介護給付費等にかかる支給決定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 この要綱の施行の際、現に存する改正前の障害者の日常生活及び社会生活を総合

的に支援するための法律における介護給付費等にかかる支給決定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8月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に存する改正前の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における介護給付費等にかかる支給決定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。

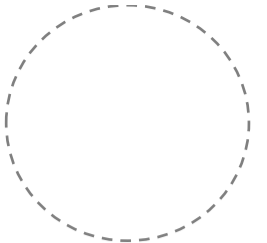
附 則

- 1 この要綱は、令和7年10月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際、現に存する改正前の障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律における介護給付費等にかかる支給決定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

この要綱は、令和8年3月19日から施行する。

介護給付費等支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書 (新規・更新用)



(提出先) 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

介護給付費等支給申請 (新規 ・ 更新) 【 障がい支援区分認定 (要 ・ 不要) 】

利用者負担額減額・免除等申請 (新規 ・ 更新)

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			個人番号				
	氏名			受給者証番号				
	居住地	〒 —		生年月日	年	月	日	
				電話番号	—			
フリガナ			個人番号					
支給決定に係る児童氏名			生年月日	年	月	日		
障がい者手帳の交付状況等	身体障がい者手帳 (肢視聴言内)	級 (A B1 B2)	療育手帳 (1級 2級 3級)	精神障がい者保健福祉手帳	難病等 (疾病名)			
障がい支援区分の認定状況	区分 ()	有効期間	年 月 日 ~	年 月 日				
障がい児通所サービスの利用状況	受給者証番号 ()							
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()							
介護保険の利用状況	要介護認定	有 ・ 無	要介護度	非該当	要支援	1 ・ 2	要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
	利用中のサービス							

現在のサービスの利用状況	介護給付サービス				訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)				
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(ICT活用等)				
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労選択支援				
	<input type="checkbox"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援				
	<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)				
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅					
<input type="checkbox"/> 短期入所				<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				
訓練等給付サービス				地域相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援				
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居				計画相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算の算定 (<input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II)				<input type="checkbox"/> 計画相談支援				

申請するサービス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)				区分認定が 不要 のサービス			
	介護給付サービス				訓練等給付サービス			
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)				
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(ICT活用等)				
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労選択支援				
	<input type="checkbox"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援				
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)					
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅					
<input type="checkbox"/> 短期入所				<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅				
訓練等給付サービス				地域相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援				
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型				計画相談支援給付費				
<input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着				<input type="checkbox"/> 計画相談支援				

就労継続支援を申請する場合のみ記入 障がい基礎年金1級の受給の有無 あり なし

障がい支援区分の認定を行うにあたり、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主治医	医師の氏名			医療機関名		
	医療機関所在地	〒 —		電話番号	—	

※ 本人が届け出る場合は記入不要。事業者が本人の代理で届け出る場合は、氏名欄に事業者名称と担当者氏名、居住地欄に事業所所在地を記載。

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

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者サービス等利用計画書の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画書の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画書作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 _____ (裏面もあります)

申請する減免の種類	(I)負担上限月額に関する認定 <input type="checkbox"/> 下記の区分の適用を申請します。(当てはまる番号に○を付けてください。) 1. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 ※療養介護を利用する場合は、次のいずれか当てはまる方を選択してください。 <input type="checkbox"/> 障がい者又は障がい児の保護者の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が基準額以下 <input type="checkbox"/> 上記合計額が基準額を超える ※ここでいう基準額とは、令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円です。 3. 市民税課税世帯であって、次のいずれかに該当する者 <input type="checkbox"/> ①居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障がい児の場合は28万円)未満である者 <input type="checkbox"/> ②20歳未満の施設に入所する者<*2>であって、世帯の所得割の合計額が28万円未満である者 <input type="checkbox"/> ③療養介護事業所を利用する20歳未満の者						
	療養介護事業所を利用する方 (II)医療型個別減免に関する認定 <input type="checkbox"/> 下記に該当するため、医療型個別減免を申請します。<*3> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)</td> <td style="width: 50%; border: none;"><20歳未満の方></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)</td> <td style="border: none;">1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2. 市町村民税非課税世帯に属する者</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)	<20歳未満の方>	1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)	1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)	2. 市町村民税非課税世帯に属する者	
	<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)	<20歳未満の方>					
	1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)	1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)					
	2. 市町村民税非課税世帯に属する者						
	医療保険における「入院時食事療養費標準負担額減額認定情報」について、次のいずれかを添付してください。 <input type="checkbox"/> 保険者が発行する入院時食事療養費標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> マイナポータル画面を印刷したもの <input type="checkbox"/> 保険者が発行する資格確認証						
障がい者支援施設に入所する方 (III)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) <input type="checkbox"/> 下記の要件に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。<*3> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;"><20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)</td> <td style="width: 50%; border: none;"><20歳未満の方></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">1. 施設入所者であること (年齢 歳)</td> <td style="border: none;">1. 施設入所者であること (年齢 歳)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)	<20歳未満の方>	1. 施設入所者であること (年齢 歳)	1. 施設入所者であること (年齢 歳)	2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者		
<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)	<20歳未満の方>						
1. 施設入所者であること (年齢 歳)	1. 施設入所者であること (年齢 歳)						
2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者							
グループホームに入居する方 (IV)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。 ※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。							
生活保護への移行予防措置を申請する方 (V)生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 <input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置 (<input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※生活保護関係業務担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。							

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。
 <*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。
 <*2> 「施設に入所する者」の対象となる施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障がい者支援施設)が該当します。
 <*3> 「世帯状況・収入申告書」を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、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することに同意します。

申請先 大 阪 市 長

申請者同意欄 氏名 _____

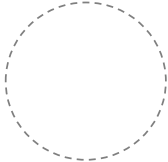
① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)
 ② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の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
--	---

介護給付費等支給申請書 兼 利用者負担額減額・免除等申請書 (新規・更新用)



(提出先) 区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

介護給付費等支給申請 (新規・更新) 【 障がい支援区分認定 (要・不要) 】

利用者負担額減額・免除等申請 (新規・更新) 申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			個人番号						
	氏名			受給者証番号						
	居住地			生年月日	年	月	日			
フリガナ				個人番号						
支給決定に係る児童氏名				生年月日	年	月	日			
障がい者手帳の交付状況等	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	療育手帳	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2			
		<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 視覚障がい		精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級		
		<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい			難病等疾病名				
<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 言語障がい									
<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 内部障がい									
<input type="checkbox"/> 6級										
障がい支援区分の認定状況	区分 ()	有効期間		年	月	日	~	年	月	日
障がい児通所サービスの利用状況	受給者証番号									
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()									
介護保険の利用状況	要介護認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	利用中のサービス							
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								

現在のサービスの利用状況	介護給付サービス	訓練等給付サービス 共同生活援助(グループホーム)	訓練等給付サービス
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援 <input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援(通所) <input type="checkbox"/> 就労移行支援(在宅) <input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型(通所) <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型(在宅) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型(通所) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型(在宅)
			<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 自立生活援助(ICT活用等)
			地域相談支援給付費 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 計画相談支援給付費 <input type="checkbox"/> 計画相談支援

申請するサービス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)		区分認定が 不要 のサービス	
	介護給付サービス	訓練等給付サービス 共同生活援助(グループホーム)	訓練等給付サービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援 <input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着	<input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援(通所) <input type="checkbox"/> 就労移行支援(在宅) <input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型(通所) <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型(在宅) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型(通所) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型(在宅)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 自立生活援助(ICT活用等)
			地域相談支援給付費 <input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 計画相談支援給付費 <input type="checkbox"/> 計画相談支援	就労継続支援を申請する場合のみ記入 障がい基礎年金1級の受給の有無 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

障がい支援区分の認定を行うにあたり、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主治医	医師の氏名			医療機関名		
	医療機関所在地			電話番号	年	月

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者にサービス等利用計画書の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画書の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画書作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 _____ (裏面もあります)

申請する減免の種類	(I) 負担上限月額に関する認定 <input type="checkbox"/> 下記の区分の適用を申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 市町村民税「課税世帯」に属する者かつ居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円未満である者
	グループホームに入居する方 (II) 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。 ※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

<*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、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することに同意します。

申請先 大阪市長

申請者同意欄 氏名 _____

① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)

② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の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

_____区保健福祉センター所長

申告年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

障がい福祉サービス利用者負担額減額・免除等の申請にあたり、収入等の状況について次のとおり申告します。

申告者氏名	<input type="checkbox"/> 利用者負担額減額・免除等申請書と同じ	受給者番号																		

1 世帯の状況等について

	フリガナ 氏名	生年月日	申告者との 関係	市民税の状況	
				課税・非課税の別	a) 課税の場合、市民税所得割の金額
申告者		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
世帯員		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
		年 月 日		<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円

障がい者(20歳未満の施設に入所する者を除く。)で配偶者がいる場合には、関係者欄に記入して下さい。申請者が20歳未満の施設に入所する者又は、障がい児の保護者の場合には、関係者欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入して下さい。住宅借入金等特別税額控除または寄附金税額控除の適用を受けている場合、a)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 申請者の収入の状況について

医療型個別減免又は補足給付の申請を行う場合のみ記入して下さい。

ただし、『※』が表示されている欄については『利用者が20歳未満の場合』に限り記入不要です。

(1) 合計所得金額の状況

市民税算定の基礎となる合計所得金額	円
-------------------	---

(2) 収入等の状況

(A) 収入(年収)

区分	種 類	収入額
年金・手当 など	<input type="checkbox"/> 障がい(基礎1級・基礎2級・厚生・共済)年金 <input type="checkbox"/> 遺族(基礎・厚生・共済)年金 <input type="checkbox"/> 老齢(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	円
	<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	円
	その他の年金・手当など()	※ 円
	工賃等就労収入	※ 円
その他の収入(仕送り収入など)		※ 円

(B) 必要経費

種 類	内 容	金 額
租 税	※	※ 円
社会保険料	※	※ 円

〈 記入上の注意 〉

- 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。
- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に添付して下さい。
- 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。

(様式第3号)

特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費支給申請書

【 年 月分】

年 月 日

区保健福祉センター所長

下記のとおり、関係書類を添えて特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費の支給を申請します。

申請者	障がい福祉サービス 受給者証番号		地域相談支援 受給者証番号	
	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒		
	フリガナ		個人番号	
	支給申請に係る 児童氏名		生年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 特例介護給付費 <input type="checkbox"/> 特例訓練等給付費 <input type="checkbox"/> 特例地域相談支援給付費		請求額	

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

※ 本人が届け出る場合は、記入不要です。

様

大阪市長

お問い合わせ先

大阪市認定事務センター

障がい支援区分認定結果通知書

年 月 日付けで申請のあった介護給付費等の支給にかかる障がい支援区分については、大阪市障がい支援区分認定審査会の審査及び判定に基づき次のとおり認定したので通知します。

記

受給者証番号	
氏名	

認定日	認定結果
非該当の場合 その理由	
認定有効期間	
認定審査会の意見	

注

- 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障がい支援区分の変更をすることがあります。
また、認定変更の申請をすることもできます。
- 認定の有効期間終了の3か月前から認定の更新申請をすることができます。
- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様

大阪市長

お問い合わせ先

大阪市認定事務センター

障がい支援区分認定結果通知書（転入継続）

年 月 日付けで申請のあった介護給付費等の支給にかかる障がい支援区分については、前住居地における認定を引き継ぎ次のとおり認定したので通知します。

記

受給者証番号	
氏名	

認定日	認定結果
非該当の場合 その理由	
認定有効期間	
認定審査会の意見	

注

- 1 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障がい支援区分の変更をすることがあります。
また、認定変更の申請をすることもできます。
- 2 認定の有効期間終了の3か月前から認定の更新申請をすることができます。
- 3 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。
- 4 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - （3） その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

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

支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました介護給付費・訓練等給付費・計画相談支援給付費の支給については、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		支給決定障がい者 (保護者) 氏名	
決定年月日			
支給決定に かかる児童	居住地		
	氏名		

※ 支給決定内容については、別紙『支給決定通知明細書』に記載します。

注

【計画相談支援給付費を除く決定の場合】

- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

【計画相談支援給付費の決定の場合】

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決定の送達を受け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

地域相談支援給付決定通知書

年 月 日付けで申請のありました地域相談支援の給付については、
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 障がい者氏名	
決定年月日			

※ 給付決定内容については、別紙『地域相談支援給付決定通知明細書』に記載します。

注

- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な事由があるとき。

注意事項	
1	この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2	地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
3	給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、お住まいの区の保健福祉センターの窓口はこの証を添えて、給付の再申請をしてください。
4	この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えてお住まいの区の保健福祉センターの窓口はその旨を届け出てください。
5	給付決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した区の保健福祉センターの窓口にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した区の保健福祉センターの窓口(旧居住地)に届け出てください。
6	この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに区の保健福祉センターに返してください。
7	受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を区の保健福祉センターに返してください。
8	不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
9	給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。

地域相談支援受給者証	
受給者証番号	
地域相談支援決定者	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日
交付年月日	
支給市町村名及び印	電話 F A X

(二)

地域相談支援給付費の給付決定内容	
サービス種別	
給付量等	
給付決定期間	
サービス種別	
給付量等	
給付決定期間	
予備欄	

(三)

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

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 (児童氏名)		男・女	年 月 日	日生	歳
保護者氏名		聴き取り対象者： (<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) 障がい名 () 年 月 日交付 (級) (府県名 番号)				
	療育手帳 (有・無) 年 月 日交付 (A・B1・B2) (番号)				
	精神障がい者保健福祉手帳 (有・無) 年 月 日交付 (級) (番号)				
	特定疾患医療受給者証等 (有・無) 疾患名 () 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 []					
(2) 医療機関受診の状況 [入院・通院・受診していない] 病名 [] 病院名 [] 通院の頻度 [] 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) []					
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) []					
(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) []					
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 [] 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 [] 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) []					

(裏面)

5. サービスの 受給の状況 ※支給量及び 利用実績は 一ヶ月単位 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 (年齢)	職業	健康状態	備考 (別居家族については 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

[]

◆各設問にて複数の項目に該当する場合には、より支援や配慮等を要する場合に基づき評価し、上位の点数にて障がい児支援区分を決定して下さい。(点数として計上できるのは1項目のみ)
 ◆障がい児支援区分の算出においては、必要に応じて別紙1～4を活用して下さい。

1. 食事の準備、摂食及び後片付けに関する支援		点数
着眼点	準備とは配膳された食事を食卓まで運ぶこと、後片付けとは食べた食器類を所定の場所まで運ぶこと等とする。食事に介助が必要な人は準備や後片付けもできないと考えてよい。	
配点	選択肢	
2点 (全介助)	<input type="checkbox"/> 自分では食べることができない(鼻腔チューブ等からの摂取を含む) <input type="checkbox"/> 手づかみで口に運ぶことはできるが、スプーンやフォークを使うことは難しい	
1点 (一部介助)	<input type="checkbox"/> 食事を運んだり後片づけをすることはできない <input type="checkbox"/> 食事中、食器に手を添える等の援助が要る <input type="checkbox"/> 食事を終えるまでに非常に長い時間(1時間以上)がかかる <input type="checkbox"/> 他人のものに手を出すので見守りが必要(一对一の対応でなくてもよい) <input type="checkbox"/> 刻み食やミキサー食、カロリー・食物制限等の特別食が必要	
0点	<input type="checkbox"/> 多少の食べこぼしはあるが一人で食事ができる。準備や後片付けは指示すればできる	

2. 排泄行為に関する支援		点数
着眼点	トイレへの移動および着衣の上げ下ろし、後始末も含む。女性については生理の後始末も含む。	
配点	選択肢	
2点 (全介助)	<input type="checkbox"/> 常時おむつをしている <input type="checkbox"/> 常時付き添って介助する必要がある	
1点 (一部介助)	<input type="checkbox"/> 一つ一つの動作に指示はいるが、指示があれば一人でできる <input type="checkbox"/> 夜間定期的にトイレに連れていくことが必要(夜間のみのおムツ使用を含む) <input type="checkbox"/> 週1-2回以上失敗がある(下着を汚す・失禁・夜尿を含む) <input type="checkbox"/> 見守りや一部介助が必要な時がある	
0点	<input type="checkbox"/> 排泄は概ね自立している	

3. 入浴の介助、入浴中の見守り等の支援		点数
着眼点	準備とは着替えやタオルを揃える等とし、後片付けとは脱いだ物を所定の場所に持っていく等とする。	
配点	選択肢	
2点 (全介助)	<input type="checkbox"/> 一緒に入って全面的に介助している	
1点 (一部介助)	<input type="checkbox"/> 洗い残しがあり、その都度介助が必要 <input type="checkbox"/> 入浴の準備や後片付けはできない <input type="checkbox"/> 常時見守りが必要(発作、転倒の恐れやこだわり行動のため)	
0点	<input type="checkbox"/> 背中や髪も洗うことができるが、不十分なところがあり、月2-3回まで一緒に入って洗い直しが必要 <input type="checkbox"/> 促しがあれば、一人で入浴し、準備や後片付けもできる	

4. 屋内及び屋外での移動に関する介助		点数
着眼点	自宅内から近隣(最寄り駅)の範囲での移動能力で判断する。交通機関を利用する移動は含まない。	
配点	選択肢	
2点 (全介助)	<input type="checkbox"/> 屋内移動についても直接介助を必要とする <input type="checkbox"/> 危険が認識できていないため、常時目が離せない(高所からの飛び降り、飛び出し等) <input type="checkbox"/> 屋内移動については介助を要しないが、屋外においては直接介助が必要	
1点 (一部介助)	<input type="checkbox"/> 一人で歩けるが同行し、転倒や発作があるため、もしくは信号や標識が理解できない等のため、声かけや一部介助が必要	
0点	<input type="checkbox"/> 最寄の駅または停留所、決まった店などへ一人で行き、家まで帰る	

※No.5～No.11のチェック項目については、以下の選択肢(共通)を用いて下さい。

配点	選択肢	
2点 (全介助)	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日(週5日以上)支援や配慮等が必要。	
	判断基準	・聴き取り日前の1週間に週5日以上現れている場合 または、 ・聴き取り日前の1ヶ月間に5日以上現れている週が2週以上ある場合
1点 (一部介助)	<input type="checkbox"/> 週1回以上の支援や配慮等が必要。	
	判断基準	・聴き取り日前の1ヶ月間に毎週1回以上現れている場合 または、 ・聴き取り日前の1ヶ月間に2回以上現れている週が2週以上ある場合
0点	<input type="checkbox"/> 上記のどれにも該当しない場合	

5. 強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動や、危険の認識に欠ける行動への対応		点数
着眼点	家、施設等の場面や程度に関係なく、週のうちの頻度で確認する。一日に何回対応しても日数単位で判断し、施設等での予防的事前対応についても具体的な内容が把握できれば計上する。	

6. 睡眠障がい並びに食事及び排泄にかかる不適応行動(多飲水・過飲水含む)への対応		点数
着眼点	季節的に集中する場合は平均して算定する。 施設等での予防的事前対応についても具体的な内容が把握できれば計上する。	

7. 自傷行為並びに他人及び物に対する粗暴な行為への対応		点数
着眼点	自分または他者、物に被害を与えるものに限って、計上する。季節的に集中する場合は、平均して算定する。 家、施設等の場面もしくは程度に関係なく、週のうちの頻度で確認。施設等での予防的事前対応についても具体的な内容が把握できれば計上する。	

8. 気分が憂鬱で悲観的になったり、時には思考力が低下する状態への対応		点数
着眼点	抑うつ気分により、ひどく悲観的であったり考えがまとまらないため、日常生活に支障をきたす場合。時に死にたいといったそぶりを示し、危険を防止するために誰かがそばにしているなどの配慮が必要とされる場合をいう。	

9. 再三の手洗いや繰り返しの確認のため、日常動作に時間がかかる状態への対応		点数
着眼点	ある考えに固執したり、特定の行為を反復したり、あるいは儀式的な行為にとられることで、日常生活に支障をきたす場合。例えば、必要以上に手を洗う・施錠を確認するなどの行為がある場合をいう。	

10. 他者と交流することの不安や緊張、感覚の過敏さ等のため外出や集団参加ができない状態。また、自室に閉じこもって何もしていない状態への対応		点数
着眼点	人と会うと緊張したり、恥ずかしく思ったり、危害を加えられるのではないかと不安が強く、外出や集団参加ができない場合をいう。行動を計画したり実行したりする意欲に乏しいため、周りから言われないと何もしていない状態もあてはまる。行動を促す他者からの働きかけがあっても動かない場合も含まれる。	

11. 学習障がいのため、読み書きが困難な状態への対応		点数
着眼点	学習障がいのため、読み書き(文章を読むこと、書くこと)について、支援が必要かどうかを確認する。	

【特別調査項目】

日常生活の状況聴き取り票(別紙1)

◆日常生活の状況聴き取り票による聴き取りを行うにあたっては、通常の発達において必要とされる支援は除くものとします。

◆特別調査項目については、勘案事項整理票や日常生活の状況聴き取り票の基本項目についての聞き取りを行う際に把握できた情報から、該当しないことが明らかな場合には聞き取りを省略していただいて結構です。

チェック項目 着眼点		チェック欄	
1. たん吸引など常時医療的な介護が必要である		該当・非該当	
着眼点	常時におよぶ医療的な介護が必要な場合として、気管切開している方に対するたん吸引を想定しているが、たん吸引以外でも、これと同等またはこれ以上の負担が介護者に発生する医療的介護を要する場合についても該当するものとする。医療的な介護が常時必要かどうかを確認する項目であり、医療的な介護をヘルパーが行っているか、家族が行っているかは問わない。	○	×
メモ			
2. 重度の身体障がいと重度の知的障がいの重複障がい児である		該当・非該当	
着眼点	【別紙2】障がい児支援区分チェックシート（重度の身体障がい・知的障がいの重複障がい）により判定	○	×
メモ			
3. 行動援護の対象者である		該当・非該当	
着眼点	【別紙3】行動援護対象者（児童）チェックシートにより判定	○	×
メモ			

◆下記の設問のすべてについて、「該当」の категорияにあてはまる回答をされた、重度の肢体不自由(身体障がい者手帳1級または2級)と、重度の知的障がい(療育手帳AまたはA相当と判定を受けた方)の重複障がい者について、特別基準の対象となります。

◆なお、設問は認定調査から引用したものであり、「判定基準」欄の上段に、該当する認定調査の設問項目の番号を記載しています。判断基準・解釈等については認定調査マニュアルの該当箇所をご参照下さい。

判定基準		非該当			該当					
①	麻痺等の有無	1 四肢のうち麻痺していないものが一肢以上ある			2 四肢すべてが麻痺					
		1-1	1 支援が不要	2 見守り等の支援が必要	3 部分的な支援が必要					
②	寝返り				2 見守り等の支援が必要	3 部分的な支援が必要	4 全面的な支援が必要			
		1-9				1 支援が不要	2 見守り等の支援が必要	3 部分的な支援が必要	4 全面的な支援が必要	
③	移動				1 支援が不要	2 部分的な支援が必要	3 全面的な支援が必要			
		2-4				1 支援が不要	2 部分的な支援が必要	3 全面的な支援が必要		
④	排尿				1 支援が不要	2 部分的な支援が必要	3 全面的な支援が必要			
		2-5				1 支援が不要	2 部分的な支援が必要	3 全面的な支援が必要		
⑤	排便				1 支援が不要	2 部分的な支援が必要	3 全面的な支援が必要			
		3-3				1 日常生活に支障がない	2 特定の者であればコミュニケーションできる	3 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4 独自の方法でコミュニケーションできる	5 コミュニケーションできない
⑥	コミュニケーション				1 日常生活に支障がない	2 特定の者であればコミュニケーションできる	3 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4 独自の方法でコミュニケーションできる	5 コミュニケーションできない	
					1 日常生活に支障がない	2 特定の者であればコミュニケーションできる	3 会話以外の方法でコミュニケーションできる	4 独自の方法でコミュニケーションできる	5 コミュニケーションできない	

◆ 下記の設問により導き出される点数の合計が10点以上となる場合について、行動援護及び障がい児特別基準の対象となります。
 ◆ なお、設問は認定調査から引用したものであり、「判定基準」欄の上段に、該当する認定調査の設問項目の番号を記載しています。判断基準・解釈等については認定調査マニュアルの該当箇所をご参照ください。

判定基準		0点			1点	2点
①	3-3 コミュニケーション	1. 日常生活に支障がない			2. 特定の者であればコミュニケーションできる	4. 独自の方法でコミュニケーションできる
					3. 会話以外の方法でコミュニケーションできる	5. コミュニケーションできない
②	3-4 説明の理解	1. 理解できる			2. 理解できない	3. 理解できているか判断できない
③	4-7 大声・奇声を出す	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
④	4-16 異食行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑤	4-19 多動・行動の停止	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑥	4-20 不安定な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑦	4-21 自らを傷つけるなど行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑧	4-22 他人を傷つける行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑨	4-23 不適切な行為	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑩	4-24 突発的な行動	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑪	4-25 過食・反すう等	1. 支援が不要	2. 希に支援が必要	3. 月に1回以上の支援が必要	4. 週に1回以上の支援が必要	5. ほぼ毎日(週5日以上)の支援が必要
⑫	てんかん発作	年1回以上			月1回以上	週1回以上
右の合計点数が10点以上であれば該当					1点×()項目＝	2点×()項目＝

【障がい児支援区分算定表】

日常生活の状況聴き取り票(別紙4)

番号	項目	評価点数		
		2点	1点	0点
1	食事に関する支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	排せつに関する支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	入浴に関する支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	移動に関する支援	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1~4 チェック箇所の合計数		A	B	C
5	強いこだわり、多動、パニック等の不安定な行動、危険の認識に欠ける行動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	睡眠障がいや食事・排せつに係る不適応行動(多飲水・過飲水含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	自傷行為や他人・物に対する粗暴な行為	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	悲観的・思考力低下	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	再三の手洗い・繰り返しの確認	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	他者と交流することの不安や緊張、感覚過敏により外出できない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	学習障がいのため、読み書きが困難	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5~11 チェック箇所の合計数		D	E	F
1~11 合計点数		小計		
		合計		

番号	項目	該当・非該当
特1	痰吸引など常時医療的な介護が必要である	<input type="checkbox"/>
特2	重度の身体障がいと重度の知的障がいの重複障がい児である	<input type="checkbox"/>
特3	行動援護の対象者である	<input type="checkbox"/>

短期入所の区分設定

Aが3以上、またはDが1以上なら **区分3**

A+Bが3以上、またはEが1以上なら **区分2**

区分3、2に該当しない場合で

同行援護の加算決定区分

短期入所の区分が**区分3**なら **区分4以上相当**

居宅介護の区分設定

- 合計点数が1~3点なら **区分1**
- 合計点数が4~6点なら **区分2**
- 合計点数が7点以上なら **区分3**
- 合計点数が7点以上で、特1~特3のいずれかに該当するなら **特別区分**

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

支給申請却下通知書

年 月 日付で申請のありました介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費・計画相談支援給付費の支給については、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		支給決定障がい者 (保護者) 氏名	
支給決定にかか る児童	居住地		
	氏名		
却下年月日			
却下事由			

注

【計画相談支援給付費を除く決定の場合】

- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

【計画相談支援給付費の決定の場合】

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決定の送達を受け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

減額免除決定通知書

年 月 日付で申請のありました介護給付費・訓練等給付費の減額免除については、次のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名	
対象者住所	
受給者証番号	
決定年月日	
減免決定内容	

上記負担上限月額、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に規定する負担軽減の期間が延長されない場合等には、負担上限月額を変更することがあります。

注

- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

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

減額免除却下通知書

年 月 日付で申請のありました介護給付費・訓練等給付費の減額免除については、次のとおり決定しましたので通知します。

また、以前に決定された減免の有効期間につきましては、却下年月日をもちましてすべて無効となります。

記

対象者氏名	
対象者住所	
受給者証番号	
却下年月日	
却下事由	
減免却下内容	
備考	

注

- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

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

特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費 支給(不支給) 決定通知書

年 月 日に申請のありました(特例介護給付費等・特例地域相談支援給付費)の支給について、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第30条及び第51条の15の規定に基づき下記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
特例介護給付費・特例訓練等給付費 特例地域相談支援給付費申請額	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	介護給付費等にかかる支給決定内容に同じ		
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	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・減額の理由			

注

- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

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13号)

さま
様

支給決定区名		計画案作成日	年 月 日	利用者確認欄	
利用者氏名(児童氏名)	障がい支援区分	相談支援事業者名			
保護者氏名	本人との続柄	計画作成担当者			
障がい福祉サービス受給者証番号	地域相談支援受給者証番号	モニタリング頻度の提案		毎月	3か月毎月
通所受給者証番号	モニタリング期間(開始年月)	年 月		2か月に1度	3か月に1度
				6か月に1度	

総合的な援助の方針					
-----------	--	--	--	--	--

利用者との面接	面接日	年 月 日	利用者以外の面接者	利用者の家族 () その他 ()
	面接日	年 月 日	利用者以外の面接者	利用者の家族 () その他 ()

優先順位	解決すべき課題 (本人のニーズ)	支援目標	達成時期	障がい福祉サービス等 種類・内容・量(頻度・時間)	課題解決のための 本人の役割	評価時期	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
深夜帯	0.00							
	1.00							
	2.00							
	3.00							
	4.00							
	5.00							
早朝	6.00							
	7.00							
日中	8.00							
	9.00							
	10.00							
	11.00							
	12.00							
	13.00							
	14.00							
	15.00							
	16.00							
	17.00							
	18.00							
夜間	19.00							
	20.00							
	21.00							
	22.00							
深夜帯	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 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

家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入

社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)

生活歴 ※受診歴等含む

医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等

本人の主訴(意向・希望)

家族の主訴(意向・希望)

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 (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 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 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

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

特例計画相談支援給付費支給（不支給）決定通知書

障害者の日常生活及び社会的生活を総合的に支援するための法律第 5 1 条の 1 8 の規定に基づき、特例計画相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

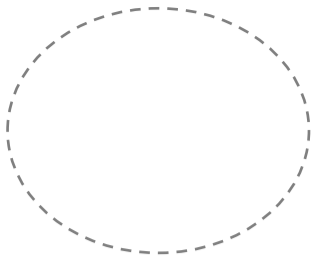
障がい福祉サービス 受給者証番号		地域相談支援 受給者証番号	
申請者氏名			

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例計画相談支援給付費		基準該当計画相談支援に要した費用	
支給決定の内容	指定計画相談支援以外の計画相談支援を受けた給付決定		
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円
不支給の理由			

注

- 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、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）。

介護給付費等支給量 変更 申請書 兼 利用者負担額減額・免除等 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。

介護給付費等支給量等変更申請【 障がい支援区分認定 (要 ・ 不要) 】

利用者負担額減額・免除等変更申請

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			個人番号				
	氏名			受給者証番号				
	居住地	〒		生年月日	年	月	日	
		電話番号		-				
フリガナ				個人番号				
支給決定に係る児童氏名				生年月日	年	月	日	
障がい者手帳の交付状況等	身体障がい者手帳 (肢視聴言内)	療育手帳 (A B1 B2)	精神障がい者保健福祉手帳 (1級 2級 3級)	難病等 () 疾病名 ()				
障がい支援区分の認定状況	区分 ()	有効期間	年 月 日 ~	年	月	日		
障がい児通所サービスの利用状況	受給者証番号 ()							
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()							
介護保険の利用状況	要介護認定 有・無	要介護度	非該当	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5			

現在のサービスの利用状況	介護給付サービス		訓練等給付サービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)
	<input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(ICT活用等)
	<input type="checkbox"/> 家事援助	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労選択支援
	<input type="checkbox"/> 通院等介助	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援
<input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	
<input type="checkbox"/> 短期入所		<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅		
訓練等給付サービス		地域相談支援給付費		
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)		<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	
<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居		計画相談支援給付費		
<input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算の算定 (<input type="checkbox"/> I・ <input type="checkbox"/> II)		<input type="checkbox"/> 計画相談支援		

変更するサービス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)		区分認定が 不要 のサービス	
	介護給付サービス		訓練等給付サービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)
	<input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助	<input type="checkbox"/> 行動援護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	<input type="checkbox"/> 自立生活援助(ICT活用等)
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 就労選択支援
<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)	
<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)	<input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 在宅	
訓練等給付サービス				
<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)				

変更内容	(具体的な変更内容)	(サービスの利用を終了する場合に記載)
	<input type="checkbox"/> 別添 サービス等利用計画案のとおり <input type="checkbox"/> その他(以下余白に記載)(変更年月日 年 月 日)	<input type="checkbox"/> サービスの終了(終了する年月日 年 月 日) (利用者負担の減額・免除等を変更する場合に記載) <input type="checkbox"/> 裏面のとおり(変更年月日 年 月 日) ※利用者負担上限月額を見直す場合は原則として申請の翌月からの適用

就労継続支援を申請する場合のみ記入	障がい基礎年金1級の受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
-------------------	-----------------	---

支給内容の変更に伴い、障がい支援区分の認定が必要となる場合は、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主治医	医師の氏名			医療機関名		
	医療機関所在地	〒		電話番号	-	

※ 本人が届け出る場合は記入不要。事業者が本人の代理で届け出る場合は、氏名欄に事業者名称と担当者氏名、居住地欄に事業所所在地を記載。

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

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者にサービス等利用計画案の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画案の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画案作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 _____ (裏面もあります)

申請する減免の種類

利用者負担額の減額・免除を申請する方

(I)負担上限月額に関する認定

下記の区分の適用を申請します。(当てはまる番号に○を付けてください。)

1. 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者
2. 市町村民税非課税世帯に属する者

※療養介護を利用する場合は、次のいずれか当てはまる方を選択してください。

- 障がい者又は障がい児の保護者の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が基準額以下
- 上記合計額が基準額を超える

※ここでいう基準額とは、令和7年6月末までは80万円、令和7年7月以降は80万9千円です。

3. 市民税課税世帯であって、次のいずれかに該当する者

- ①居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円(障がい児の場合は28万円)未満である者
- ②20歳未満の施設に入所する者<*2>であって、世帯の所得割の合計額が28万円未満である者
- ③療養介護事業所を利用する20歳未満の者

療養介護事業所を利用する方

(II)医療型個別減免に関する認定

下記に該当するため、医療型個別減免を申請します。<*3>

<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)

1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)
2. 市町村民税非課税世帯に属する者

<20歳未満の方>

1. 療養介護利用者であること (年齢 歳)

医療保険における「入院時食事療養費標準負担額減額認定情報」について、次のいずれかを添付してください。

- 保険者が発行する入院時食事療養費標準負担額減額認定証
- マイナポータル画面を印刷したもの
- 保険者が発行する資格確認証

障がい者支援施設に入所する方

(III)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)

下記の要件に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。<*3>

<20歳以上の方>(1と2いずれにも該当)

1. 施設入所者であること (年齢 歳)
2. 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯の者

<20歳未満の方>

1. 施設入所者であること (年齢 歳)

グループホームに入居する方

(IV)特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置)

市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。

※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。

生活保護への移行予防措置を申請する方

(V)生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定

生活保護への移行予防措置 (自己負担減免措置 補足給付の特例措置)を申請します。

※生活保護関係業務担当が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

<*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。

<*2> 「施設に入所する者」の対象となる施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障がい者支援施設)が該当します。

<*3> 「世帯状況・収入申告書」を添付してください。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、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することに同意します。

申請先 大 阪 市 長

申請者同意欄	氏名 _____
--------	----------

- ① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)
- ② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の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
--	---

介護給付費等支給量 変更 申請書 兼 利用者負担額減額・免除等 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。

介護給付費等支給量等変更申請 【障がい支援区分認定(要・不要)】

利用者負担額減額・免除等変更申請

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ	個人番号																		
	氏名	受給者証番号																		
	居住地	〒 - -	生年月日	年	月	日	電話番号	-	-											

フリガナ	個人番号																			
支給決定に係る児童氏名	生年月日	年	月	日																

障がい者手帳の交付状況等	身体障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 肢体不自由	療育手帳	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2
		<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 視覚障がい	精神障がい者保健福祉手帳	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級
		<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 聴覚障がい	難病等疾病名			

障がい支援区分の認定状況	区分 ()	有効期間	年	月	日	~	年	月	日
--------------	--------	------	---	---	---	---	---	---	---

障がい児通所サービスの利用状況	受給者証番号								
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援(医療型) <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> その他()								

介護保険の利用状況	要介護認定	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	利用中のサービス						
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5						

現在のサービスの利用状況	介護給付サービス	訓練等給付サービス 共同生活援助(グループホーム)	訓練等給付サービス							
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援 <input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着 <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算Ⅰ <input type="checkbox"/> 自立生活支援加算Ⅲ	<input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援(通所) <input type="checkbox"/> 就労移行支援(在宅) <input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型(通所) <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型(在宅) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型(通所) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型(在宅)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 自立生活援助(ICT活用等)						
				地域相談支援給付費						
				<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援	計画相談支援給付費	<input type="checkbox"/> 計画相談支援				

変更するサービス	区分認定が 必要 となるサービス(同行援護を除く)		区分認定が 不要 のサービス							
	介護給付サービス	訓練等給付サービス 共同生活援助(グループホーム)	訓練等給付サービス							
	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 通院等介助 <input type="checkbox"/> 通院等乗降介助 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援 <input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 包括型 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型 <input type="checkbox"/> サテライト型 <input type="checkbox"/> 移行支援住居 <input type="checkbox"/> 退居後定着	<input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援(通所) <input type="checkbox"/> 就労移行支援(在宅) <input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) <input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型(通所) <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型(在宅) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型(通所) <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型(在宅)	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> 自立生活援助(ICT活用等)	地域相談支援給付費			<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援		
				計画相談支援給付費			<input type="checkbox"/> 計画相談支援			

変更内容	(具体的な変更内容)							
	<input type="checkbox"/> サービス等利用計画案のとおり(計画相談支援事業より別途提出します) <input type="checkbox"/> サービスの利用を終了します 終了年月日() <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 利用者負担の減額・免除等について変更申請します。(変更内容は裏面に記載)							

支給内容の変更に伴い、障がい支援区分の認定が必要となる場合は、障がい状況について意見書を記載いただける主治医を記入してください。

主治医	医師の氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒 - -	電話番号	- -

私が計画相談支援を利用する際は、区保健福祉センターから指定特定相談支援事業者 서비스에等利用計画案の作成提出を依頼することに同意します。サービス等利用計画案の作成にあたり、本申請内容、現在の支給決定状況、障がい支援区分の認定状況、医師意見書、勘案事項整理票等について、サービス等利用計画案作成事業者、障がい者基幹相談支援センターに提供することに同意します。また、医師意見書を記載した医師から求めがあれば、障がい支援区分認定結果を提供することに同意します。

氏名 _____ (裏面もあります)

申請する減免の種類	(I) 負担上限月額に関する認定 <input type="checkbox"/> 下記の区分の適用を申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等支援法に基づく支援給付受給世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯に属する者 <input type="checkbox"/> 市町村民税「課税世帯」に属する者かつ居宅で生活する者(グループホームに係る支給決定を受けた者等<*1>を除く。)であって、世帯の所得割額の合計額が16万円未満である者
	グループホームに入居する方 (II) 特定障がい者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税又は生活保護受給世帯に該当するため、特定障がい者特別給付費を申請します。 ※グループホームの家賃額を証明する書類が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

<*1> 「グループホームに係る支給決定を受けた者等」には、宿泊型自立訓練、精神障がい者退院支援施設利用型生活訓練/就労移行支援を利用する者が含まれます。

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による障がい福祉サービスに係る支給決定、利用者負担額減額・免除等の決定、通所に係る食費負担軽減措置、高額障がい福祉サービス等給付費の算定にあたり、自分及び次の世帯員の課税状況、収入状況、加入医療保険に係る資格情報及び介護保険利用状況について、大阪市長が課税台帳、介護保険給付台帳、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することに同意します。

申請先 大阪市長

申請者同意欄 氏名 _____

① 住民票上の世帯に属する世帯員について下欄に記入してください。(申請者を除く。)

② ①のほか、住民票上は別世帯で生計を一にする16歳以上19歳未満の一般扶養控除対象者となる方がいる場合は記入してください。

氏名	生年月日	年齢	続柄	個人番号
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		
		歳		

※市使用欄

障がい福祉サービスを受ける日が7月から12月の場合は前年、1月から6月は前々年の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

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

変更支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました介護給付費・訓練等給付費・計画相談支援給付費の支給については、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		支給決定障がい者 (保護者) 氏名	
決定年月日			
支給決定に かかる児童	居住地		
	氏名		

※ 支給決定内容については、別紙『支給決定通知明細書』に記載します。

注

【計画相談支援給付費を除く決定の場合】

- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な事由があるとき。

【計画相談支援給付費の決定の場合】

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決定の送達を受け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

支給決定取消通知書

年 月 日付けで決定しました介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費・計画相談支援給付費の支給については、次のとおり取消しましたので通知します。

記

受給者証番号	
支給決定障がい者（保護者）氏名	
支給決定にかかる障がい児氏名	
取消年月日	
取消事由	

受給者証を区保健福祉センターまで速やかに返還してください。ただし、すでに受給者証を提出されている方は不要です。

注

【計画相談支援給付費を除く決定の場合】

- 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と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じる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な事由があるとき。

【計画相談支援給付費の決定の場合】

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決定の送達を受け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 22 号)

受給者証再交付申請書

区保健福祉センター所長 様

年 月 日

受給者証 の種類	1 障がい福祉サービス受給者証	受給者 証番号	
	2 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

フリガナ		個人番号																		
支給決定障がい者 (保護者)氏名		生年 月日																		年 月 日
居 住 地	〒																			
	電話番号																			
フリガナ		続柄																		
支給決定に係る 障がい児氏名		個人番号																		
		生年 月日																		年 月 日

申請提出者	<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		本人と の関係	
氏名			
住 所	〒		
	電話番号		

申請の 理由	1 汚損 2 紛失 3 その他
	[具体的な状況]

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)

様

大阪市 区保健福祉センター所長

障がい支援区分認定証明書

次の者は、介護給付費等の支給にかかる障がい支援区分について、大阪市障がい支援区分認定審査会の審査及び判定に基づき次のとおり認定されている者であることを証する。

受給者証番号			
氏名			
生年月日			
住所			
認定日		認定結果	
非該当の場合 その理由			
認定有効期間			
認定審査会の意見			
備考			

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

※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。

高額障がい福祉サービス等給付費支給申請書

(介護保険サービス利用者負担相当額の支給に関するもの)

(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、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六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費の支給を、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障がい福祉サービス 受給者証番号
申請者氏名・印				
生年月日	年	月	日	②介護保険法 被保険者証番号
個人番号 (マイナンバー)				
居住地	〒			電話番号 ()
送付先住所	〒			
※居住地とは異なる住所への送付を希望する場合のみ記載してください。				
65歳に達するまでの 介護保険法による 保険給付の受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	申請に係る サービス利用月	年 月分	
市町村民税の状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護			
サービス利用月の障がい福祉サービスに相当する介護保険サービスの支払額 (自己負担額)				
訪問介護	円	通所介護	円	
短期入所生活介護	円	地域密着型通所介護	円	
小規模多機能型 居宅介護	円	合計額	円	

高額障がい福祉サービス等給付費の支給決定額を下記の口座に振替されるよう依頼します。

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

◎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 ()		

配偶者記入欄	申請者と同一の世帯に属する配偶者がいる方は、下記に記入してください。		
フリガナ			生年月日 年 月 日
氏名			
個人番号 (マイナンバー)	_____	_____	_____
住所 (申請者と異なる 場合のみ記入して ください。)	〒 _____		
市町村民税の状況	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護		

同意・委任事項

- ① 本高額障がい福祉サービス等給付費の審査にあたり、私及び配偶者の課税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に同意します。
- ② 翌月から翌年6月までは、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の額が変更となった場合、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）サービス費のうち、すでに本高額障がい福祉サービス等給付費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長に納入することを大阪市長に委任します。
- ⑤ 生活保護法に基づく介護扶助受給期間中に支給される本高額障がい福祉サービス等給付費について、当該扶助受給期間中は、本申請以降、申請書による手続きを行わなくても、私に代わって申請及び受領し、受領した額を大阪市長に納入することを大阪市長に委任します。

大阪市長

(お問い合わせ先)

電話番号
FAX 番号

高額障がい福祉サービス等給付費 支給決定通知書

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については、次のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障がい者 (保護者) 氏名		受給者証番号
支給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		

注

- 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と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。

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 不支給決定通知書

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については、次のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障がい者 (保護者) 氏名				受給者証番号
支給決定に係る児童氏名				
受付年月日	年 月 日			
申請に係るサービス利用月	別紙支給対象月別明細 のとおり	本人支払額	別紙支給対象月別明細 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			

注

- 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。
- 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と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。

支給対象月別明細

対 象 者	支 給 (給 付) 決 定 障がい者(保護者)氏名		受 給 者 証 番 号	
	支 給 (給 付) 決 定 に 係 る 児 童 氏 名			
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			障がい児入所支援	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			障がい児入所支援	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			障がい児入所支援	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			障がい児入所支援	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所給付費	円 介護保険サービス
			障がい児入所給付費	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			障がい児入所支援	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			障がい児入所支援	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			障がい児入所支援	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			障がい児入所支援	円
支給 (給付) 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
			障がい児通所支援	円 介護保険サービス
			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

高額障がい福祉サービス等給付費 却下決定通知書

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については、次のとおり却下したので通知します。

記

支給決定障がい者 (保護者) 氏名		受給者証番号
支給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	

注

- 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と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。

大阪市長

(お問い合わせ先)

《送付元郵便番号》

電話番号
FAX 番号

高額障がい福祉サービス等給付費 支給変更決定通知書

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については、次のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障がい者 (保護者) 氏名	受給者証番号
支給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
申請に係るサービス利用月		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	申請時に届けた銀行口座		

注

- 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。
- 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と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。

《送付先郵便番号》
 《送付先住所1》
 《送付先住所2》
 《送付先住所3》
 《送付先住所4》
 《送付先氏名1》
 《送付先氏名2》

大阪市長

(お問い合わせ先)

《送付元郵便番号》
 《送付元住所1》
 《送付元住所2》
 《送付元氏名1》
 《送付元氏名2》
 電話番号 《送付元電話番号》
 FAX 番号 《送付元FAX番号》

高額障がい福祉サービス等給付費 支給変更決定通知書

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については、次のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障がい者 (保護者) 氏名	受給者証番号
支給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	返還金額	
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
申請に係るサービス利用月		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	
返還金については、同封の納付書で納付してください。			

支	払	方	法
口	座	払	い
振込先	申請時に届けた銀行口座		

注

- 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と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。

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 <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。

《送付先郵便番号》
 《送付先住所 1》
 《送付先住所 2》
 《送付先住所 3》
 《送付先住所 4》
 《送付先氏名 1》
 《送付先氏名 2》

大阪市長

(お問い合わせ先)

《送付元郵便番号》
 《送付元住所 1》
 《送付元住所 2》
 《送付元氏名 1》
 《送付元氏名 2》
 電話番号 《送付元電話番号》
 FAX 番号 《送付元 F A X 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高額障がい児（通所・入所）給付費については、次のとおり取下げましたので通知します。

記

支給（給付）決定障がい者(保護者)氏名		受給者証番号
支給（給付）決定に係る児童氏名		
取下年月日	年 月 日	
取下げとなるサービス利用月	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。

大阪市長

高額障がい福祉サービス等給付費支給決定通知書

付けで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六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費（介護保険サービス利用者負担相当額）の支給については、次のとおり決定したので通知します。

記

対象者	居住地	
	氏名	
受給者証番号		
決定年月日		
支払方法		口座払い
払込先		届け出た金融機関名 店舗名
支給金額		円

注

- 1 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。
 - （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。

大阪市長

電話番号
FAX番号

高額障がい福祉サービス等給付費支給決定（変更）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六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費（介護保険サービス利用者負担相当額）の支給については、次のとおり決定したので通知します。

記

対象者	居住地		
	氏名		
受給者証番号			
決定年月日			
支給決定内容については、別紙『支給対象月別明細書』に記載します。			
支給金額	円	返還金額	円
公費負担額支給金額	円	公費負担額返還金額	円
公費本人負担額支給金額	円	公費本人負担額返還金額	円

注

- 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することができます。
- 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。

大阪市長

電話番号
FAX番号

高額障がい福祉サービス等給付費支給決定通知書

付けで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六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費（介護保険サービス利用者負担相当額）の支給については、次のとおり決定したので通知します。

記

対象者	居住地				
	氏名				
受給者証番号					
決定年月日					
支給対象年月					
決定額	円	該当サービス費	円	公費負担額	円
		非該当サービス費	円	公費本人負担額	円
		高額介護サービス費	円	併給調整額	円
		負担限度額	円		
支給金額		円			
支給金額に対して、過払金と調整処理を行っています。 詳細については、別紙「支払調整明細書」をご覧ください。					

注

- 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することができます。
- 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。

支 払 調 整 明 細 書

受給者証番号

受給者氏名

/ 頁

過 払 額			支 給 決 定 額		
支給対象年月	金額	調整後 過払額	支給対象年月	金額	調整後 支給額
過払額 合計		/	支給決定額 合計		/

支給対象月別明細

(/)

対 象 者	氏 名					
	受給者証番号					
支給対象年月	決 定 額	円	該当サービス費	円	公費負担額	円
	支給金額	円	非該当サービス費	円	公費本人負担額	円
支給対象年月	決 定 額	円	高額介護サービス費	円	併給調整額	円
	支給金額	円	負担限度額	円		
支給対象年月	決 定 額	円	該当サービス費	円	公費負担額	円
	支給金額	円	非該当サービス費	円	公費本人負担額	円
支給対象年月	決 定 額	円	高額介護サービス費	円	併給調整額	円
	支給金額	円	負担限度額	円		
支給対象年月	決 定 額	円	該当サービス費	円	公費負担額	円
	支給金額	円	非該当サービス費	円	公費本人負担額	円
支給対象年月	決 定 額	円	高額介護サービス費	円	併給調整額	円
	支給金額	円	負担限度額	円		
支給対象年月	決 定 額	円	該当サービス費	円	公費負担額	円
	支給金額	円	非該当サービス費	円	公費本人負担額	円
支給対象年月	決 定 額	円	高額介護サービス費	円	併給調整額	円
	支給金額	円	負担限度額	円		
支給対象年月	決 定 額	円	該当サービス費	円	公費負担額	円
	支給金額	円	非該当サービス費	円	公費本人負担額	円
支給対象年月	決 定 額	円	高額介護サービス費	円	併給調整額	円
	支給金額	円	負担限度額	円		
支給対象年月	決 定 額	円	該当サービス費	円	公費負担額	円
	支給金額	円	非該当サービス費	円	公費本人負担額	円
支給対象年月	決 定 額	円	高額介護サービス費	円	併給調整額	円
	支給金額	円	負担限度額	円		

支給対象月別明細書

(/)

対 象 者	氏 名			
	受給者証番号			
申請年月日 支給対象年月 公費負担者番号	該当サービス費公費負担額 該当サービス費公費本人負担額 非該当サービス費公費負担額 非該当サービス費公費本人負担額	高額介護サービス費 今回決定額 公費負担額今回決定額 公費本人負担額今回決定額 <small>カッコ内は前回決定額となります。</small>	支給額 公費負担額支給額 公費本人負担額支給額	返還金額 公費負担額返還金額 公費本人負担額返還金額
	円	円		
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円		
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円		
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円		
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円		
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円		
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円
	円	円(円)	円	円

大阪市長

高額障がい福祉サービス等給付費却下決定通知書

付けで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六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費（介護保険サービス利用者負担相当額）の支給については、次のとおり却下したので通知します。

記

対象者氏名	
対象者住所	
受給者証番号	
却下年月日	
却下となる介護保険サービス利用月	
却下理由	

注

- 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。

大阪市長

電話番号
FAX番号

高額障がい福祉サービス等給付費支給変更決定通知書

付けで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六項に規定する高額障がい福祉サービス等給付費（介護保険サービス利用者負担相当額）の支給については、次のとおり決定したので通知します。

記

対象者	居住地				
	氏名				
受給者証番号					
決定年月日					
支給対象年月					
前回決定額	円				
今回決定額	円	該当サービス費	円	公費負担額	円
		非該当サービス費	円	公費本人負担額	円
	円	高額介護サービス費	円	併給調整額	円
		負担限度額	円		

注

- 1 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。
 - （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。