

障害者総合支援法における境界層対象者証明書

住 所 区 丁目 番 号
氏 名

上記の者（及びその世帯員）は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、生活保護の申請が却下となりましたが、却下に係る申請日及び保護を要しない理由は、次のとおりであることを証明します。

記

(1) 却下に係る申請日

令和 年 月 日

(2) 保護を要しない理由

次の負担減額措置を行えば、保護を必要としないため

(注1) 保護を必要としなくなるまで番号順に適用する。

なお、1・3については、0円まで減額した後、次の措置を適用すること。

(注2) あてはまるものすべてにチェックをすること。

- 1 「障がい福祉サービス定率負担減額相当」であるため、負担上限月額を（24,600円 15,000円 0円）に減額する。（居宅又は施設サービス利用者）
- 2 「補足給付特例対象」であるため、食費等の実費負担額を減額する。（入所施設サービス利用者）
（負担月額の下限は20歳以上22,000円、18～19歳10,000円、18歳未満1,000円）
なお、当該世帯に係る収入認定額は_____円、最低生活費は_____円である。
- 2-2 「社会福祉法人等による生活保護境界層措置対象者に対する食費等実費負担減免措置対象」であるため食費等の実費負担額を免除する。
- 3 「自立支援医療定率負担減額相当」であるため、負担上限月額を（5,000円 2,500円 0円）に減額する。（自立支援医療利用者）
- 4 「自立支援医療食事療養費免除対象」であるため、食費の実費負担額を免除する。（自立支援医療利用者）

第 号
令和 年 月 日

障害者総合支援法における境界層対象者証明書

住 所 区 丁目 番 号
氏 名

上記の者（及びその世帯員）は、世帯の収入が最低生活費を上回るため、生活保護の申請が却下となりましたが、却下に係る申請日及び保護を要しない理由は、次のとおりであることを証明します。

記

(1) 却下に係る申請日

令和 年 月 日

(2) 保護を要しない理由

次の負担減額措置を行えば、保護を必要としないため

(注1) 保護を必要としなくなるまで番号順に適用する。

なお、1・3については、0円まで減額した後、次の措置を適用すること。

(注2) あてはまるものすべてにチェックをすること。

1 「障がい福祉サービス定率負担減額相当」であるため、負担上限月額を（24,600円 15,000円 0円）に減額する。（居宅又は施設サービス利用者）

2 「補足給付特例対象」であるため、食費等の実費負担額を減額する。（入所施設サービス利用者）
（負担月額の下限は20歳以上22,000円、18～19歳10,000円、18歳未満1,000円）
なお、当該世帯に係る収入認定額は_____円、最低生活費は_____円である。

2-2 「社会福祉法人等による生活保護境界層措置対象者に対する食費等実費負担減免措置対象」であるため食費等の実費負担額を免除する。

3 「自立支援医療定率負担減額相当」であるため、負担上限月額を（5,000円 2,500円 0円）に減額する。（自立支援医療利用者）

4 「自立支援医療食事療養費免除対象」であるため、食費の実費負担額を免除する。（自立支援医療利用者）

大阪市 区保健福祉センター所長
(保健福祉センター控)