

(様式第 1 1 号)

(一)

障害福祉サービス受給者証	
受給者証番号	
支給決定障害者等	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日 年 月 日
障害児	フリガナ
	氏名
生年月日	
障害種別	1 2 3
交付年月日	平成 年 月 日
支給市町村名 及び 印	

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害程度区分	
認定有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
予備欄	

(三)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
旧法施設支援	
サービス種別	
支給量等	障害程度区分
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	障害程度区分
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

(四)

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
予備欄	

(五)

サービス利用計画作成費の支給内容	
支給期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
指定相談支援事業所名	
指定相談支援事業所名	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援又は旧法支援施設	
支給額	_____ 円/日
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
共同生活介護、共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	_____ 円/月
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで
予備欄	

(六)

利用者負担に関する事項			
利用者負担割合(原則)	1割	負担上限月額	
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
食事提供体制加算対象者			
適用期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで		
利用者負担上限額管理対象者該当の有無			
利用者負担上限額管理事業所名			
特記事項欄			
予備欄			

(七)

訪問系サービス事業者記入欄			
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	平成 年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	平成 年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	平成 年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(八)

訪問系サービス事業者記入欄			
4	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	平成 年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
5	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	平成 年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
6	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	平成 年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(九)

児童デイサービス事業者記入欄			
1	事業者及びその事業所の名称		
	契約日	平成 年 月 日	
	サービス内容		
	契約支給量(／月)	日	
	事業者確認印		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	
	サービス内容	日	
	当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
	事業者確認印		
2	事業者及びその事業所の名称		
	契約日	平成 年 月 日	
	サービス内容		
	契約支給量(／月)	日	
	事業者確認印		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	
	サービス内容	日	
	当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
	事業者確認印		

(十)

短期入所事業者実績記入欄					
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業者確認印
1		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
2		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
3		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
4		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
5		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
6		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
7		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
8		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
9		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
10		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
11		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			
12		平成 年 月 日から			
		平成 年 月 日まで			

(十一)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・旧法施設支援(通所)事業者記入欄									
番号	事業者及びその事業所の名称	サービス内容	事業者確認印	契約支給量(ノ月)	日	事業者確認印			
1									
							サービス内容	事業者確認印	
							契約 日	平成 年 月 日	
							当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
		サービス提供終了月中の終了日までの既提供量							
2									
							サービス内容	事業者確認印	
							契約 日	平成 年 月 日	
							当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
		サービス提供終了月中の終了日までの既提供量							
3									
							サービス内容	事業者確認印	
							契約 日	平成 年 月 日	
							当該契約支給量によるサービス提供終了日	平成 年 月 日	事業者確認印
		サービス提供終了月中の終了日までの既提供量							

(十二)

療養介護・共同生活介護・共同生活援助・施設入所支援・旧法施設支援(入所)事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日	事業者確認印
1		入所(居)日 平成 年 月 日	
		退所(居)日 平成 年 月 日	
2		入所(居)日 平成 年 月 日	
		退所(居)日 平成 年 月 日	
予備欄			

(十三)

注意事項欄

- 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 指定障害福祉サービス等又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、指定障害福祉サービス等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の1割です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)。また、食事等に要する費用について、特定障害者特別給付費欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
- 5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
- 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

(十四)

注意事項欄

- 7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。(サービスの種類によっては、障害程度区分の(変更)認定を受ける必要があります。)
- 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
- 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
また、支給決定期間内に、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、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。
- 10 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、速やかに市町村に返してください。
- 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 12 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。
- 13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。