



下呂市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細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 6 月 26 日

下呂市長 山 内 登



令和 8 年下呂市規則第60号

下呂市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細則の一部を改正する規則

下呂市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細則（平成25年下呂市規則第28号）の一部を次のように改正する。

改正後

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

下呂市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

		申請年月日		年	月	日
申請者	フリガナ		個人番号			
	氏名		生年月日	年	月	日
	居住地	〒	電話番号			
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
			続柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)						

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1	2	3	4	5	6	有効期間			
		利用中のサービスの種類と内容等												
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護					1	2	3	4	5
		利用中のサービスの種類と内容等												

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
	訪問系・その他	☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援	
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	
		☐ 同行援護		
		☐ 行動援護		
		☐ 短期入所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	☐ 療養介護	☐ 自立訓練(機能訓練)	
		☐ 生活介護	☐ 自立訓練(生活訓練)	
			☐ 宿泊型自立訓練	
			☐ 就労選択支援	
			☐ 就労移行支援	
			☐ 就労移行支援(養成施設)	
			☐ 就労継続支援A型	
		☐ 就労継続支援B型		
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助(グループホーム)		
地域相談支援	☐ 地域移行支援			
	☐ 地域定着支援			

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、下呂市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する 減免の 種類	☐ 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。 （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。） 1. 生活保護受給世帯 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、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が82万6,500円以下のもの ② ①以外の者 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者：所得割28万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 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の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯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）
	☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
☐ 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。 ※ 福祉事務所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すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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		

（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）・
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

下呂市福祉事務所長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号													
	氏 名		生年月日													
	居 住 地	〒 電話番号														
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		個人番号													
			生年月日													
			続 柄													
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名										
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。）																有 ・ 無

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1	2	3	4	5	6	有効期間			
		利用中のサービスの種類と内容等												
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護					1	2	3	4	5
		利用中のサービスの種類と内容等												

申請するサービス	区分	サービスの種類				申請に係る具体的内容	
	訪問系・その他	介護給付費		訓練等給付費			※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。
		□居 宅 介 護		□就 労 定 着 支 援			
		□重 度 訪 問 介 護		□自 立 生 活 援 助			
		□同 行 援 護					
		□行 動 援 護					
		□短 期 入 所					
	□重度障害者等包括支援						
	日中活動系	□療 養 介 護		□自立訓練（機能訓練）			
		□生 活 介 護		□自立訓練（生活訓練）			
				□宿 泊 型 自 立 訓 練			
				□就 労 移 行 支 援			
				□就 労 選 択 支 援			
□就労移行支援（養成施設）							
居住系			□就 労 継 続 支 援 A 型				
			□就 労 継 続 支 援 B 型				
			□共同生活援助（グループホーム）※				
地域相談支援	□施 設 入 所 支 援						
	□地 域 移 行 支 援						
	□地 域 定 着 支 援						

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、下呂市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医(※)	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	☐ 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。 （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。） 1. 生活保護受給世帯 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、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 歳） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 歳）
	☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年令 歳） 2. 市町村民税非課税世帯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（年令 歳）
	☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	☐ 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。 ※ 福祉事務所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すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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		

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認（本人様・代理人様）	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他（ ）	1点確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証（写真付き） ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳（写真付き） ☐ その他（ ）	2点確認 ☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳（写真なし） ☐ その他（ ）
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）	

（市確認者）

世帯状況・収入等申告書 (介護給付費等)

下呂市福祉事務所長 様

申告年月日 年 月 日

申告者住所

氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

障害者 (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、世帯員欄に配偶者を記入してください。

申請者が 20 歳未満の施設に入所する者又は、障害児の保護者の場合には、世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

	氏 名	生年月日	本人との関係	扶養親族等の人数		市町村民税の状況
		個人番号		16歳未満	16~18歳	
申請者		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
世 帯 員		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付 (施設入所者に限る。) を申請する場合のみ記入してください。)

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入 (A) (年収)

区分	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等 (障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等 (特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入 ()	円
収 入 他	仕送り収入	円
	不動産による家賃収入	円
	その他の収入 ()	円

必要経費 (B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください
2. 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

世帯状況・収入等申告書

下呂市福祉事務所長 様

申告年月日 年 月 日

申告者 (保護者) 住所
氏名

※満18歳未満については保護者の住所・氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏 名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申請者				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯主				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯員				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税

2 申請者の収入の状況について

以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る。)を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額 円

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申 請 者	
氏 名		との関係	
住 所	〒		
	電話番号		

(記入上の注意)

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 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上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

第 年 月 日 号

様

下呂市福祉事務所長 

サービス等利用計画案提出依頼書

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22条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案の提出を求めます。

提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

・計画相談支援給付費支給申請書

※ 既に計画相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。

・計画相談支援依頼（変更）届出書

※ 既に計画相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要。

提出先 下呂市福祉事務所 住所

電話番号

提出期限 年 月 日

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

福 事 第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

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22条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項）・児童福祉法（第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。
提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

- ・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。

- ・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援・障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要。

提出先 下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

提出期限 年 月 日

改正後

様式第4号（第6条関係）

第 年 月 日 号

様

下呂市福祉事務所長



（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費） 支給（給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

年 月 日に申請のありました（（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）の支給）（及び）（利用者負担額減額・免除等）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22条（及び）第29条）（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34条）（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51条の7及び第51条の14）の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

障害福祉サービス 受給者証 番号				地域相談支援 受給者証 番号			
支給（給付）決定障害者 （保護者）氏名				支給決定に係る 児童氏名			
障害支援 区分		支給（給付） 決定年月日		障害支援区分の 有効期間			
支給 （給付） 決定内容	サービスの種類		支援の内容及び支給（給付）量			有効期間	
	特記事項						
利用者負担上限月額		円		左の上限月額の 適用期間			
特定障害者特別給付費 （施設入所支援）		月額		左の給付費の 適用期間			
特定障害者特別給付費 （共同生活援助・ 重度障害者等包括支援）		月額		左の給付費の 適用期間			
療養介護医療	公費負担者番号			公費受給者番号			
	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）の負担上限月額	月額		円		食事療養（生活療養）の負担上限月額	月額
	上限額の適用期間						

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して3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。

（お問合せ先）

下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

改正前

様式第4号(第6条関係)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)

支給(給付)決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

福 事 第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

年 月 日に申請のありました((介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)の支給)及び(利用者負担額減額・免除等)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22条(及び)第29条)(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34条)(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51条の7及び第51条の14)の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証 番 号		地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号	
支給(給付)決定障害者 (保護者)氏名		支給決定に係る 児 童 氏 名	
障 害 支 援 区 分		支給(給付) 決定年月日	
		障 害 支 援 区 分 の 有 効 期 間	
支給 (給付) 決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給(給付)量	有効期間
	特 記 事 項		
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の 適 用 期 間	
特定障害者特別給付費 (施設入所支援)	日額 円	左の給付費の 適 用 期 間	
特定障害者特別給付費 (共同生活援助・ 重度障害者等包括支援)	月額 円	左の給付費の 適 用 期 間	

療養介護医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)の負担上限月額	月額 円	食事療養(生活療養)の負担上限月額	月額 円
	上 限 額 の 適 用 期 間			

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として(訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。)、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の翌日から起算して3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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住所

電話番号

第 年 月 日 号

様

下呂市福祉事務所長



却下決定通知書（介護給付費等）

年 月 日 に申請のありました（（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）の支給）（及び）（利用者負担額減額・免除等）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審査員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して3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。

（お問合せ先）

下呂市福祉事務所
住 所
電 話 番 号

却下決定通知書

福 事 第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

年 月 日に申請のありました（（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）の支給）（及び）（利用者負担額減額・免除等）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して3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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住所

電話番号

$$\left(\begin{array}{c} \text{---} \\ \text{---} \\ \text{---} \end{array} \right)$$

(11)

サービス種別				
支給量等				
支給決定期間	年	月	日から	年
サービス種別				
支給量等				
支給決定期間	年	月	日から	年
サービス種別				
支給量等				
支給決定期間	年	月	日から	年
サービス種別				
支給量等				
支給決定期間	年	月	日から	年

(74)

訓練等給付費の支給決定内容					
障害支援区分					
認定有効期間	年	月	日から	年	月 日まで
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間	年	月	日から	年	月 日まで
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間	年	月	日から	年	月 日まで
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間	年	月	日から	年	月 日まで
予備欄					

(五)

計画相談支援給付費の支給内容		
支給期間	年 月 から 年 月 まで	
指定特定相談支援事業所名		
モニタリング期間		
予備欄		
特定障害者特別給付費の支給内容		
施設入所支援		
支給額	円／日	
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	
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	年 月 日から 年 月 日まで	
予備欄		

(六)

利用者負担に関する事項			
負担上限 月額	円		
適用期間	年 月 日から	年 月	日まで
食事提供体制加算対象者			
適用期間	年 月 日から	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)

番号	事業者及びその 事業所の名称	サービス内容	月	時間	分
1	事業者及びその 事業所の名称	サービス内容	月	時間	分
	契約支給量	日	年	月	日
	当契約支給量による サービス提供終了日	日	年	月	日
	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	月	時間	分
	契約支給量	日	年	月	日
	当契約支給量による サービス提供終了日	日	年	月	日
	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	月	時間	分
	契約支給量	日	年	月	日
	当契約支給量による サービス提供終了日	日	年	月	日
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量				

(八)

番号	事業者及びその 事業所の名称	サービス内容	月	時間	分
4	事業者及びその 事業所の名称	サービス内容	月	時間	分
	契約支給量	日	年	月	日
	当契約支給量による サービス提供終了日	日	年	月	日
	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	月	時間	分
	契約支給量	日	年	月	日
	当契約支給量による サービス提供終了日	日	年	月	日
	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	月	時間	分
	契約支給量	日	年	月	日
	当契約支給量による サービス提供終了日	日	年	月	日
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量				

(九)

番号	事業者及び その事業所の名称	実施日	日 数	月 累 計
1		年 月 日から 年 月 日まで		
2		年 月 日から 年 月 日まで		
3		年 月 日から 年 月 日まで		
4		年 月 日から 年 月 日まで		
5		年 月 日から 年 月 日まで		
6		年 月 日から 年 月 日まで		
7		年 月 日から 年 月 日まで		
8		年 月 日から 年 月 日まで		
9		年 月 日から 年 月 日まで		
10		年 月 日から 年 月 日まで		
11		年 月 日から 年 月 日まで		
12		年 月 日から 年 月 日まで		

(十)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄	
番号	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	
契約支給量	日
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	
契約支給量	日
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	
契約支給量	日
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(十一)

療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄	
番号	
事業者及びその事業所の名称	
入所(居)日	年 月 日
退所(居)日	年 月 日
入所(居)日	年 月 日
退所(居)日	年 月 日
入所(居)日	年 月 日
退所(居)日	年 月 日
予備欄	

(十二)

就労定着支援・自立生活援助事業者記入欄	
番号	
事業者及びその事業所の名称	
利用開始日	年 月 日
利用終了日	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	

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、共生型障害福祉サービス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、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及びマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等を添えて、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、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情を十分に斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、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。）の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額）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表示されています。）なお、基準該当障害福祉サービスを受けられる場合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。

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ず。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、障害は、支援区分の（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るときは、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。

様式第6号 (第7条関係)

(一)				(二)				(三)							
障害福祉サービス受給者証				介護給付費の支給決定内容				サービス種別							
受給者証番号				障害支援区分	年	月	日から	年	月	日まで	サービス種別				
支給決定障害者等	居住地			認定有効期間	年	月	日から	年	月	日まで	支給量等				
フリガナ				サービス種別					支給決定期間	年	月	日から	年	月	日まで
氏名				支給量等					サービス種別						
生年月日		年	月	日	支給決定期間	年	月	日から	年	月	日まで	支給量等			
フリガナ				サービス種別					支給決定期間	年	月	日から	年	月	日まで
氏名				支給量等											
生年月日															
障害種別	1	2	3	4	5										
交付年月日				年	月	日									
支給市町村名及び印				下呂市福祉事務所長											

(四)				(五)				(六)			
訓練等給付費の支給決定内容				計画相談支援給付費の支給内容				利用者負担に関する事項			
障害支援区分				支給期間		年 月 から 年 月 日まで		負担上限 月額			
認定有効期間		年 月 から 年 月 日まで		指定特定相談支援事業所名				適用期間		年 月 から 年 月 日まで	
サービス種別				モニタリング期間				食事提供体制加算対象者			
支給量等								適用期間		年 月 から 年 月 日まで	
支給決定期間		年 月 から 年 月 日まで		予備欄				利用者負担上限額管理対象者該当の有無			
サービス種別								利用者負担上限額管理事業所名			
支給量等				特定障害者特別給付費の支給内容							
				施設入所支援							
				支給額		円/日					
支給決定期間		年 月 から 年 月 日まで		適用期間		年 月 から 年 月 日まで					
サービス種別				共同生活援助又は重度障害者等包括支援							
支給量等				支給額		円/月					
支給決定期間		年 月 から 年 月 日まで		適用期間		年 月 から 年 月 日まで					
予備欄				予備欄				予備欄			

(5)

番号	訪問系サービス事業者記入欄
	事業者及びその事業所の名称
	サービス内容
1	契約支給量
	契約日
	年月日
	年月日
	サービス提供終了月までの既提供量
	サービス提供終了日
	サービス提供終了月までの既提供量
	サービス提供終了日
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
	契約日
	年月日
	年月日
	サービス提供終了月までの既提供量
	サービス提供終了日
	サービス提供終了月までの既提供量
	サービス提供終了日
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
	契約日
	年月日
	年月日
	サービス提供終了月までの既提供量
	サービス提供終了日
	サービス提供終了月までの既提供量
	サービス提供終了日

(九)

番号	訪問系サービス事業者記入欄
	事業者及びその事業所の名称
	サービス内容
4	契約支給量
	契約日
	年月日
	年月日
	サービス提供終了月までの既提供量
	終了日までの既提供量
	事業者及びその事業所の名称
5	サービス内容
	契約支給量
	契約日
	年月日
	年月日
	サービス提供終了月までの既提供量
	終了日までの既提供量
	事業者及びその事業所の名称
6	サービス内容
	契約支給量
	契約日
	年月日
	年月日
	サービス提供終了月までの既提供量
	終了日までの既提供量

番号	事業者及び その事業所の名 称	実施日	日	月	日	計
1		年 月 日から 年 月 日まで				
2		年 月 日から 年 月 日まで				
3		年 月 日から 年 月 日まで				
4		年 月 日から 年 月 日まで				
5		年 月 日から 年 月 日まで				
6		年 月 日から 年 月 日まで				
7		年 月 日から 年 月 日まで				
8		年 月 日から 年 月 日まで				
9		年 月 日から 年 月 日まで				
10		年 月 日から 年 月 日まで				
11		年 月 日から 年 月 日まで				
12		年 月 日から 年 月 日まで				

(十)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称
1	サービス内容 契約日 年月日 当施設が開設した日 サービス提供終了日 年月日 サービス提供終了日 年月日
2	事業者及びその事業所の名称
3	サービス内容 契約日 年月日 当施設が開設した日 サービス提供終了日 年月日 サービス提供終了日 年月日

(十一)

療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日 年月日 入所(居)日 退所(居)日 年月日 入所(居)日 退所(居)日 年月日
1		
2		
予備欄		

(十二)

就労定着支援・自立生活援助事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	利用開始日 利用終了日 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
1		
2		
予備欄		

(十三)	(十四)
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、共生型障害福祉サービス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、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及びマイナ保険証(健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいづ。)等を添えて、指定障害福祉サービス等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、当該支給決定障害福祉サービス等の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、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。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、六面の負担上限月額は1割相当の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)。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合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。	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、障害支援区分の(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つたときは、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。

改正後

(一)		(二)		(三)		
地域相談支援受給者証		地域相談支援給付費の給付決定内容		一般相談支援事業者記載欄		
受給者証番号		地域相談支援の種類		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
居住地		地域相談支援給付量等				年 月 日
フリガナ		地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで			サービス提供終了日 年 月 日
氏名		地域相談支援の種類				契約日 年 月 日
生年月日	年 月 日	地域相談支援給付量等				サービス提供終了日 年 月 日
障害種別		地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで			予備欄
交付年月日	年 月 日	予備欄				
212202						
支給市町村名及び印	住所 下呂市福祉事務所 印					
電話番号						

(四)

計画相談支援給付費の支給内容		
支給期間	年	月から 年 月まで
指定特定相談支援事業所名		
モニタリング期間		
予備欄		

(五)

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きください。 2 指定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、市町村にこの証を添えて、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、この証を添えて市町村に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、この証を交付した市町村にご連絡、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、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）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、速やかに市町村に返してください。 7 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 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。

様式第7号 (第7条関係)

(一)		(二)		(三)	
地域相談支援受給者証		地域相談支援給付費の給付決定内容		一般相談支援事業者記載欄	
受給者証番号		地域相談支援の種類		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
地域相談支援給付決定障害者	居住地	地域相談支援給付量等			契約日 年 月 日
フリガナ		地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		サービス提供終了日 年 月 日
氏名		地域相談支援の種類			契約日 年 月 日
生年月日	年 月 日	地域相談支援給付量等			サービス提供終了日 年 月 日
障害種別	1 2 3 4 5	地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
交付年月日	年 月 日				
支給市町村名 及び印				予備欄	

(四)		(五)
計画相談支援給付費の支給内容		注意事項欄
支給期間	年 月 から 年 月 まで	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、市町村にこの証を添えて、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、この証を添えて市町村に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、この証を交付した市町村にご連絡、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、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)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、速やかに市町村に返してください。 7 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 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。
指定特定相談支援事業所名		
モニタリング期間		
予備欄		

療養介護医療受給者証									
公費負担者番号									
公費受給者番号									
支給決定障害者	居住地								
	フリガナ	生年月日							
	氏 名	年 月 日							
	被保険者証の 記号及び番号	被保険者名 及び番号							
負担上限月額	療養介護医療（食事療養 （生活療養）を除く）	月額	円						
	食事療養（生活療養）	月額	円						
適用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで								
交付年月日	年 月 日								
特記事項									
支給市町村名 及び印	212202	下呂市福祉事務所 印							
	住所	電話番号							

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	療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及びマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
3	療養介護医療の負担上限額は、この証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。（※医療型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。）
4	療養介護医療の負担上限額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。
5	療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費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、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。
6	この証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。
7	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。
8	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に届け出てください。
9	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。
10	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場合があります。

療養介護医療受給者証									
公費負担者番号									
公費受給者番号									
支給決定障害者	居住地								
	フリガナ								
氏名	氏名								
	生年月日								
負担上限月額	療養介護医療 (食事療養 (生活療養) を除く)	月額	円						
	食事療養 (生活療養)	月額	円						
適用期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月	日まで
交付年月日	令和	年	月	日					
支給市町村名 及び印	下呂市福祉事務所長								

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	療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及びマイナ保険証 (健康保険証利用登録がされたマイナナンバーカードをいう。) 等添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
3	療養介護医療の負担上限月額は、この証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。 (※医療型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。)
4	療養介護医療の負担上限月額は、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。
5	療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費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添えて、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。
6	この証の記載事項に変更があったときは、14 日以内に、この証添えて、市町村にその旨を届け出てください。
7	支給決定期間内に居住地を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。
8	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、この証添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。
9	また、再交付を受けた後、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。
10	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。

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

障害支援区分認定通知書

年 月 月付けの支給申請に基づき、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21条の規定により、下記のとおり障害支援区分の認定を行ったので通知します。

記

氏 名		認定年月 日	
-----	--	-----------	--

障害支援区分	
	備考
障害支援区分の 認定の有効期間	
（留意事項） 1 上記の障害支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。 3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。	

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して3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。

（お問合せ先）

下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

障害支援区分認定通知書

福 事 第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

年 月 日付けの支給申請に基づき、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21条の規定により、下記のとおり障害支援区分の認定を行ったので通知します。

記

氏 名		認定年月日	
-----	--	-------	--

障 害 支 援 区 分	①区分（ ） ②非該当
	理由
障 害 支 援 区 分 の 認 定 の 有 効 期 間	

（留意事項）

- 1 上記の障害支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。
- 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。
- 3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して3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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住所

電話番号

第 年 月 日 号

様

下呂市福祉事務所長 印

障害支援区分変更認定通知書

年 月 日付けの(支給申請 支給決定の変更申請)に基づき(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21条 第24条)の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

受給者証 番号																		支給決定障害者氏 名	
認定年月日																			

障 害 支 援 区 分	変更前	
	変更後	
	備考	
障害支援区分の 認定の有効期間		
(留意事項)		
1 変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（の変更）を行います。		
2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。		
3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。		

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として(訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。)、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の翌日から起算して3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

(お問合せ先)

下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

改正前

障害支援区分変更認定通知書

福事第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

年 月 日付けの（支給申請 支給決定の変更申請）に基づき（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21条 第24条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

受給者証 番号		支給決定障害者氏名	
認定年月日			

障害支援区分	変更前	①区分（ ） ②非該当
	変更後	①区分（ ） ②非該当
	理由	
障害支援区分の 認定の有効期間		

（留意事項）

- 1 変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（の変更）を行います。
- 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。
- 3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して3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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住所

電話番号

改正後

（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

下呂市福祉事務所長 様
次のとおり申請します。

		申請年月日		年	月	日
申請者	フリガナ		個人番号			
	氏 名		生年月日	年	月	日
	居 住 地	〒	電話番号			
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
			続 柄			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）						

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1	2	3	4	5	6	有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等											
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護					1	2	3	4
利用中のサービスの種類と内容等													
変更の理由													

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容	
	訪問系・その他	介護給付費			訓練等給付費
		☐ 居 宅 介 護			☐ 就 労 定 着 支 援
		☐ 重 度 訪 問 介 護			☐ 自 立 生 活 援 助
		☐ 同 行 援 護			
		☐ 行 動 援 護			
		☐ 短 期 入 所			
	☐ 重度障害者等包括支援				
	日中活動系	☐ 療 養 介 護			☐ 自立訓練（機能訓練）
		☐ 生 活 介 護			☐ 自立訓練（生活訓練）
					☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練
					☐ 就 労 移 行 支 援
☐ 就 労 選 択 支 援					
☐ 就労移行支援（養成施設）					
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援		☐ 就労継続支援 A 型		
			☐ 就労継続支援 B 型		
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援				
	☐ 地 域 定 着 支 援				

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、下呂市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する 減免の 種類	☐ 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。 （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。） 1. 生活保護受給世帯 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、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が 82 万 6,500 円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割 16 万円未満、障害児及び 20 歳未満の施設入所者：所得割 28 万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20 歳以上の方〉 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の者	〈20 歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20 歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳） 2. 市町村民税非課税世帯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）
	☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
☐ 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。 ※ 福祉事務所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すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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		

（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費）
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

下呂市福祉事務所長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			個人番号																
	氏 名			生年月日	年 月 日															
	居 住 地	〒		電話番号																
支給申請に係る児童氏名	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															
				続 柄																
身体障害者手帳番号				療育手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号				疾病名									
障害基礎年金 1 級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請するものに限る。）													有 ・ 無							
サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有 ・ 無	区分等	1	2	3	4	5	6	有効期間									
		利用中のサービスの種類と内容等																		
	介護保険サービス	要介護認定	有 ・ 無	要介護度	要支援（ ）・要介護		1	2	3	4	5									
利用中のサービスの種類と内容等																				
変更の理由																				
変更を申請するサービス	区分	サービスの種類												申請に係る具体的内容						
		介護給付費						訓練等給付費												
		訪問系・その他	□居 宅 介 護						□就 労 定 着 支 援											
			□重 度 訪 問 介 護						□自 立 生 活 援 助											
			□同 行 援 護																	
			□行 動 援 護																	
	□短 期 入 所																			
	日中活動系	□重度障害者等包括支援												※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。						
		□療 養 介 護						□自立訓練（機能訓練）												
		□生 活 介 護						□自立訓練（生活訓練）												
						□宿 泊 型 自 立 訓 練														
						□就 労 移 行 支 援														
居住系							□就 労 選 択 支 援													
							□就労継続支援（A 型）													
							□就労継続支援（B 型）													
		□共同生活援助（グループホーム）※																		
		□施設入所支援																		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、下呂市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	☐ 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。 （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。） 1. 生活保護受給世帯 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、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 歳） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 歳）
	☐ III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年令 歳） 2. 市町村民税非課税世帯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（年令 歳）
	☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	☐ 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。 ※ 福祉事務所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すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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		

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認（本人様・代理人様）	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他（ ）	1点確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証（写真付き） ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳（写真付き） ☐ その他（ ）	2点確認 ☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳（写真なし） ☐ その他（ ）
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）	

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

年 月 日に申請のありました(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)の支給変更(及び)(利用者負担額減額・免除等の変更)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22条(及び)第29条)(第34条)の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受 給 者 証 番 号											支給決定障害者 (保護者) 氏 名	
変 更 年 月 日											支給決定に係る 児 童 氏 名	
変 更 の 内 容	変更前											
	変更後											

受給者証を下呂市 福祉事務所に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先 下呂市 福祉事務所 住所 電話番号

提出期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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。
 - （1） 審査請求があった日の翌日から起算して3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。

(お問合せ先)

下呂市福祉事務所

住所

電話番号

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)
支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

福 事 第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

年 月 日に申請のありました((介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)の支給変更)(及び)(利用者負担額減額・免除等の変更)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 22 条(及び)第 29 条)(第 34 条)の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受 給 者 証 号																		支給決定障害者 (保護者)氏 名	
変 更 年 月 日																		支給決定に係る 児 童 氏 名	
変 更 の 内 容	変更前																		
	変更後																		

受給者証を下呂市福祉事務所に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先 下呂市福祉事務所 住 所

電話番号

提出期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として(訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。)、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の翌日から起算して3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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所 住所

電話番号

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

支給決定取消通知書

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25条第1項及び第51条の10第1項の規定により、下記のとおり支給（給付）決定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証 番号		給付決定 保護者氏名	
支給決定取消日		給付決定に係る 児童氏名	
取消理由			

受給者証を下呂市福祉事務所に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 下呂市福祉事務所 住所

電話番号

返還期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して3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。

（お問合せ先）

下呂市福祉事務所
住所
電話番号

支給（給付）決定取消通知書

福 事 第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

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 25 条第 1 項及び第 51 条の 10 第 1 項の規定により、下記のとおり支給（給付）決定を取り消しましたので通知します。

記

障害福祉サービス 受 給 者 証 番 号		地域相談支援 受 給 者 証 番 号	
支給（給付）決定障害者 （保護者）氏名		支給決定に係る 児 童 氏 名	
支 給 （ 給 付 ） 決 定 取 消 日	年 月 日		
取 消 理 由			

受給者証を下呂市福祉事務所に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 下呂市福祉事務所
住所
電話番号

返還期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- 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 月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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 月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して 3 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。

問い合わせ先 下呂市福祉事務所 住所

電話番号

申請内容変更届出書 (介護給付費等)

下呂市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年	月	日
支給 (給付) 決定 障害者 (保護者) 氏 名		個 人 番 号			
居 住 地	〒				
	電話番号				
フリガナ		生年月日	年	月	日
支給決定に係る 児童氏名		続柄			
		個 人 番 号			

届出書提出者	☐ 支給 (給付) 決定障害者等 (本人)		☐ 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			

変更事項 (該当に○を して下さ い。)	支給 (給付) 決定障害 者等に関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	支給決定に係る児童 に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

申請内容変更届出書

下呂市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給（給付）決定障害者（保護者）氏 名	個人番号：		
居 住 地	〒		
	電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号：	生年 月日	年 月 日

届出書提出者	☐ 支給（給付）決定障害者等（本人）		☐ 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			

変更事項 (該当に○を して下さ い。)	支給（給付）決定障害者等に関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認（ 本人様 ・ 代理人 様 ）	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他（ ）	1 点 確 認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証（写真付き） ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳（写真付き） ☐ その他（ ）
	2 点 確 認	☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳（写真なし） ☐ その他（ ）
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）	

(市確認者)

受給者証再交付申請書 (介護給付費等)

下呂市福祉事務所長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	1	障害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		生年月日	年	月	日				
支給（給付）決定障害者（保護者）氏名		個 人 番 号							
居 住 地	〒								
	電話番号								
フリガナ		生年月日	年	月	日				
支給決定に係る 児 童 氏 名		続柄							
		個 人 番 号							

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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）

受給者証再交付申請書

下呂市福祉事務所長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	1 障害福祉サービス受給者証 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証	受給者 証番号	
---------------	--	------------	--

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名	個人番号：		
居 住 地	〒		
	電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号：	生年 月日	年 月 日

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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。）

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認（ 本人様 ・ 代理人 様 ）	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し ・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他 （ ）	1 点 確 認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証（写真付き） ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳（写真付き） ☐ その他（ ）	
	2 点 確 認 ☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳（写真なし） ☐ その他（ ）	
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）	

(市確認者

)

計画相談支援給付費支給申請書

下呂市福祉事務所長 様

次のとおり、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 51 条の 17 第 1 項に規定する計画相談支援給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

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				
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			
			個 人 番 号			

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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	

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

下呂市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：		
	居住地	〒		
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号：	続柄	

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ 氏 名		申請者 との関係	
住 所	〒		
	電話番号		

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認（ 本人様 ・ 代理人 様 ）	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し ☐ 住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他 ()	1 点確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証（写真付き） ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳（写真付き） ☐ その他 ()
	2 点確認	☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳（写真なし） ☐ その他 ()
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他 ()	

(市確認者)

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

下呂市福祉事務所長 様

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分

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				
申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄	個 人 番 号		

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害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・指定障害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

改正前

様式第 22 号 (第 18 条関係)

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

下呂市福祉事務所長 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	〒		
		電話番号		
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・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害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・指定障害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

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

計画相談支援給付費支給（却下）通知書

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51条の17第1項の規定に基づき、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。

記

障害福祉サービス 受給者証 番 号		地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号	
通所受給者証番号			
申 請 者 氏 名		申 請 に 係 る 児 童 氏 名	
支 給 の 可 否			
支 給 す る	支給期間		
	モニタリング 期間		
支 給 し な い	支 給 し な い 理 由		

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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。
 - （1） 審査請求があった日の翌日から起算して3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。

(お問合せ先)

下呂市福祉事務所
住 所
電話 番 号

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

福 事 第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

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 51 条の 17 第 1 項・児童福祉法第 24 条の 26 第 1 項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児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。

記

障害福祉サービス 受 給 者 証 番 号		地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号	
通所受給者証番号			
申 請 者 氏 名	申 請 に 係 る 児 童 氏 名		
支 給 の 可 否	可 ・ 否		
支 給 する	支給期間 年 月 ～ 年 月 モニタリング 期間		
支 給 し ない	支 給 し ない 理 由		

不服申立て及び取消訴訟

- 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月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して3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。

問い合わせ先 下呂市福祉事務所 住所

電話番号

福事第 号
年 月 日

下呂市福祉事務所長

記

[illegible]

下呂市福祉事務所長 印

記

[illegible]

下呂市福祉事務所
住 所
電話番 号

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書

福 事 第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

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 51 条の 17 第 1 項・児童福祉法第 24 条の 26 第 1 項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証 番 号		地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号	
通所受給者証番号			
支給取消に係る 障害者（保護者）		支給取消に係る 児 童 氏 名	
支給取消日	年 月 日		
取消理由			
障害福祉サービス 受給者証、地域相談 支援受給者証又は 通所受給者証提出 先及び提出期限	提出先： 提出期限： 年 月 日		

不服申立て及び取消訴訟

- 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 月以内に岐阜県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、審理員に申し立てれば、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 月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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の翌日から起算して 3 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。

問い合わせ先 下呂市福祉事務所 住所

電話番号

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

