

函館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 法律運営要綱

(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。）および関連法令ならびに函館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18年函館市規則第58号。以下「規則」という。）に基づき、別に定めるもののほか、函館市が行う障害福祉の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(介護給付費等支給申請書等)

第2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。）第7条第1項、第34条の3第1項および第34条の3第1項の申請書は、別記第1号様式によらなければならない。

2 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「政令」という。）第10条第3項の規定による通知は、別記第2号様式の通知書によりするものとする。

3 市長は、第1項の申請書により介護給付費等の支給決定または地域相談支援給付決定に係る申請があった場合において、支給決定または地域相談支援給付決定をしたときは別記第3号様式の通知書にこれらの決定に係る法第22条第8項に規定する障害福祉サービス受給者証（以下「障害福祉サービス受給者証」という。）または法第51条の7第8項に規定する地域相談支援受給者証（以下「地域相談支援受給者証」という。）を添えて、支給決定または地域相談支援給付決定をしないときは別記第4号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

4 障害福祉サービス受給者証は、別記第5号様式によるものとする。

5 地域相談支援受給者証は、別記第6号様式によるものとする。

6 市長は、法第70条第1項の規定により支給決定障害者に療養介護

医療費を支給しようとするときは、当該支給決定障害者に別記第7号様式の療養介護医療受給者証を交付するものとする。

（サービス等利用計画案の提出の依頼の通知）

第3条 施行規則第12条の3（施行規則第19条第2項において準用する場合を含む。）および第34条の37の規定による通知は、別記第8号様式の依頼書によりするものとする。

（支給決定の変更の申請書等）

第4条 施行規則第17条の申請書は、別記第9号様式によらなければならない。

2 施行規則第18条第1項の規定による通知は、別記第10号様式の通知書によりするものとする。

3 市長は、支給決定障害者等（法第5条第24項に規定する支給決定障害者等をいう。以下同じ。）について、法第24条第4項の規定により障害支援区分の変更の認定をしたときは、別記第11号様式の通知書により当該支給決定障害者等に通知するものとする。

（支給決定等の取消しの通知等）

第5条 施行規則第20条第1項および第34条の49第1項の規定による通知は、別記第12号様式の通知書によりするものとする。

（支給決定等の申請内容の変更の届出書等）

第6条 施行規則第22条第1項および第34条の48第1項の届出書は、別記第13号様式によらなければならない。

（転出の届出等）

第7条 市長は、規則第6条第1項の規定による届出があった場合は、当該届出をした者に障害支援区分の認定を受けた者であることを証する別記第14号様式の証明書を交付するものとする。

（障害福祉サービス受給者証等の再交付の申請書等）

第8条 施行規則第23条第1項および第34条の50第1項の申請書は、別記第15号様式によらなければならない。

（特例介護給付費等の支給の申請書等）

第9条 施行規則第31条第1項、第34条の4第1項および第34条の53第1項の申請書は、別記第16号様式によらなければならない。

- 2 市長は、前項の申請書により申請があった場合は、特例介護給付費，特例訓練等給付費，特例特定障害者特別給付費または特例地域相談支援給付費の支給の可否を決定し，その旨を別記第17号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

（特定障害者特別給付費の額の変更の通知等）

第10条 施行規則第34条の5第1項の規定による通知は，別記第10号様式の通知書によりするものとする。

- 2 施行規則第34条の6第2項の規定による通知は，別記第12号様式の通知書によりするものとする。

（計画相談支援給付費の支給の申請書等）

第11条 施行規則第34条の5第1項の申請書は，別記第18号様式によらなければならない。

- 2 前項の申請書により市長に申請をしようとする者は，当該申請の際に，法第5条第23項に規定するサービス利用支援を受ける法第51条の20第1項の規定による指定に係る特定相談支援事業所を別記第19号様式の届出書により市長に届け出なければならない。

- 3 市長は，第1項の申請書により申請があった場合は，計画相談支援給付費の支給の可否を決定し，その旨を別記第20号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

- 4 市長は，施行規則第6条の16に規定する市町村が必要と認める期間を変更したときは，別記第21号様式の通知書により計画相談支援対象障害者等（法第51条の17第1項に規定する計画相談支援対象障害者等をいう。）に通知するものとする。

- 5 施行規則第34条の5第2項の規定による通知は，別記第22号様式の通知書によりするものとする。

（育成医療の支給認定等の申請書等）

第12条 政令第1条の2第1号に規定する育成医療（以下「育成医療」という。）に係る施行規則第35条第1項および第45条第1項の申請書は，別記第23号様式によらなければならない。

- 2 市長は，前項の申請書により申請があった場合（支給認定の変更に係るものを除く。）において，育成医療の支給認定をしたときは別記

第24号様式の通知書に法第54条第3項に規定する自立支援医療受給者証（育成医療）（以下「育成医療受給者証」という。）を添えて、支給認定をしないときは別記第25号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

3 市長は、第1項の申請書により申請があった場合（支給認定の変更に係るものに限る。）において、支給認定の変更の認定をしたときは別記第26号様式の、変更の認定をしないときは別記第25号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

4 育成医療受給者証は、別記第27号様式によるものとする。
（支給認定の申請内容の変更の届出書等）

第13条 育成医療に係る施行規則第47条第1項の届出書は、別記第28号様式によらなければならない。

（育成医療受給者証の再交付の申請書）

第14条 育成医療に係る施行規則第48条第1項の申請書は、別記第29号様式によらなければならない。

（支給認定の取消しの通知）

第15条 育成医療に係る施行規則第49条第1項の規定による通知は、別記第30号様式の通知書によりするものとする。

（更生医療の支給認定等の申請書等）

第16条 政令第1条の2第2号に規定する更生医療（以下「更生医療」という。）に係る施行規則第35条第1項および第45条第1項の申請書は、別記第31号様式によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合（支給認定の変更に係るものを除く。）において、更生医療の支給認定をしたときは別記第32号様式の通知書に法第54条第3項に規定する自立支援医療受給者証（更生医療）（以下「更生医療受給者証」という。）を添えて、支給認定をしないときは別記第33号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

3 市長は、第1項の申請書により申請があった場合（支給認定の変更に係るものに限る。）において、支給認定の変更の認定をしたときは別記第34号様式の、変更の認定をしないときは別記第33号様式の

通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

4 更生成医療受給者証は、別記第35号様式によるものとする。

(支給認定の申請内容の変更の届出書等)

第17条 更生医療に係る施行規則第47条第1項の届出書は、別記第36号様式によらなければならない。

(更生医療受給者証の再交付の申請書)

第18条 更生医療に係る施行規則第48条第1項の申請書は、別記第37号様式によらなければならない。

(支給認定の取消しの通知)

第19条 更生医療に係る施行規則第49条第1項の規定による通知は、別記第38号様式の通知書によりするものとする。

(補装具費の支給の申請書等)

第20条 施行規則第65条の7第1項の申請書は、別記第39号様式によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合において、法第76条第1項の規定による補装具費支給対象障害者等の認定をするときは別記第40号様式の通知書に別記第41号様式の補装具費支給券を添えて、認定をしないときは別記第42号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

(高額障害福祉サービス等給付費の支給の申請書等)

第21条 政令第47条第1項の規定に係る施行規則第65条の9の2第1項の申請書は、別記第43号様式によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合は、高額障害福祉サービス等給付費の支給の要否を決定し、その旨を別記第44号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

第22条 政令第47条第6項の規定に係る施行規則第65条の9の2第1項の申請書は、別記第45号様式によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合は、高額障害福祉サービス等給付費の支給の要否を決定し、その旨を別記第46号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

(補則)

第23条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和8年3月2日から施行する。

（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

函館市長 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。）														

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		要介護度		
		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	☐ 就 労 選 択 支 援	
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	訓練系・就労系 日中活動系	☐ 短 期 入 所	☐ 自立訓練（機能訓練）	
		☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）	
		☐ 生 活 介 護	☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練	
			☐ 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、函館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 80 万円以下のもの 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		

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長 印

障害支援区分認定通知書

申請日

 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	
	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か月以内に北海道知事に
対し審査請求を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
函館市を被告として(訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。)、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。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則とし
て審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した
場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。
(お問 合 せ 先)

窓空宛名

第 号
年 月 日

函 館 市 長

印

(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

申請日 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			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

1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対し審査請求を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か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときに除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。

(2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お 問 合 せ 先）

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長 印

却下決定通知書（介護給付費等）

申請日 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

却下理由

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か月以内に北海道知事に対し審査請求を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か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

別記第 5 号様式（第 2 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				
受給者証番号			障害支援区分			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	
	氏名		支給量等			年 月 日から 年 月 日まで	
	生年月日	年 月 日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		サービス種別	
児童	フリガナ		サービス種別			支給量等	
	氏名		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		サービス種別	
	生年月日		支給量等			支給決定期間	
障害種別			支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		サービス種別	
交付年月日		年 月 日	サービス種別			支給量等	
支給市町村名及び 印			支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		サービス種別	
		函館市 印	予備欄			支給決定期間	
						年 月 日から 年 月 日まで	

(四)	
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	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	
	契約支給量	月 時間 分
	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	
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	月 時間 分
	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	
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	月 時間 分
	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	

(八)

番号	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	
	契約支給量	月 時間 分
	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	
5	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	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	
6	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	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	

(九)

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
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)

番号	生活介護・自立訓練・就労選択支援・ 就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄	
1	事業者及びその 事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	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	
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	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	
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	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 退所(居)日
1		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
2		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 利用終了日
1		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
2		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 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、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、この証にマイナ保険証(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、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しん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。

別記第 6 号様式（第 2 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	契約日 サービス提供終了日
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			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				
支給市町村名及び印		函館市 印					

別記第7号様式（第2条関係）

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	
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		函館市 印							

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。 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。 8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 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。 9 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。 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。

窓空宛名

年 月 日

函館市長 印

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

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

提出期限 年 月 日

（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

函館市長 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。）																																		

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											要介護度																
		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
		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	☐ 就 労 選 択 支 援									
		☐ 行 動 援 護										
		☐ 重度障害者等包括支援										
	訓練系・就労系 日中活動系	☐ 短 期 入 所	☐ 自 立 訓 練（機能訓練）									
		☐ 療 養 介 護	☐ 自 立 訓 練（生活訓練）									
		☐ 生 活 介 護	☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練									
			☐ 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、〇〇市（町・村）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		

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 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

申請日 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）（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）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										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										

受給者証を函館市担当課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

提出期限

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か月以内に北海道知事に対し審査請求を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か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。
（お問合せ先）

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長 印

障害支援区分変更認定通知書

申請日 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								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

1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対し審査請求を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か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、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。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長 印

支給（給付）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 2 5 条第 1 項及び第 5 1 条の 1 0 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			
取消理由			

受給者証を函館市担当課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

返還期限

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 か月以内に北海道知事に対し審査請求を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 か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(お問合せ先)

申請内容変更届出書（介護給付費等）

函館市長 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。

障 害 支 援 区 分 認 定 証 明 書											
障 害 支 援 区 分 認 定 者	申請番号										
	フリガナ										
	氏名										
	生年月日	年 月 日 生									
	住所										
	転出予定先 (市区町村名まで)										
	異動予定日	年 月 日									
上記の者は、次のとおり函館市にお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に基づく障害支援区分の認定を受けている者であることを証明する。 年 月 日 函館市長 印											
申請年月日				年 月 日							
認定年月日				年 月 日							
認定の有効期間				年 月 日 から 年 月 日 まで有効							
市町村審査会 の意見等											
備 考											

※裏面に注意事項を記入

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

函館市長 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）

別記第16号様式（第9条関係）

（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）支給申請書

【令和 年 月分】

函館市長 様

令和 年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）の支給を申請します。

フリガナ				障害福祉サービス受給者証番号							
申請者氏名											
				地域相談支援受給者証番号							
申請者生年月日	年 月 日										
居住地											
フリガナ				生年月日	年 月 日			続柄			
支給決定に係る児童氏名											
特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費請求額				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			申請者との関係
氏名			
住所	〒 電話番号		

上記に関する（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通 2 当座 3 その他			
			口座番号				
	金融機関コード		店舗コード				
	フリガナ						
口座名義人							

（注意）この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考

別記第17号様式（第9条関係）

（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）支給
（不支給）決定通知書

窓空宛名

令和 年 月 日

函 館 市 長 印

令和 年 月 日に申請のありました（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 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 第35条 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。

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	
申請者氏名			

受付年月日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日
(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域 相談支援給付費) 申請額		円	
支給（給付）決 定の内容			
支 給	☐ する ☐ しない	支 給 金 額	円
不支給・減額 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か月以内に北海道知事に対し審査請求を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か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

函館市長 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、児童福祉法第 24 条の 26 第 1 項に規定する障害児相談支援給付費）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・障害児相談支援依頼（変更）届出書

函館市長 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										
フリガナ			生年月日	年				月		日		
申請に係る 児 童 氏 名		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

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長 印

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

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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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か月以内に函館市長に対し審査請求を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か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、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。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

(お問合せ先)

年 月 日
函 館 市 長 印

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。

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 児童名										
支給取消日																					
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：																				

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対し審査請求を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か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(お問合せ先)

自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）															
※該当する新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。															
受診者	フリガナ									年齢	生 年 月 日				
	氏 名									歳	年 月 日				
	住 所	〒								電 話 番 号					
	個人番号														
受診者が18歳未満の場合	フリガナ									受診者との関係					
	保護者氏名														
	保護者住所	〒 ☐ 受診者と同じ								電 話 番 号					
	保護者個人番号														
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号							保険者番号					保険種別		
								保険者名							
	受診者と同一保険の加入者	氏名						個人番号							
該当する所得区分								重度かつ継続							
身体障害者手帳番号							受給者番号								
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医 療 機 関 名						所 在 地 ・ 電 話 番 号								
備 考															
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。															
申請者氏名 年 月 日 函館市長 様															

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄						
申請受付年月日			進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ継続		該当 ・ 非該当	
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ継続		該当 ・ 非該当	
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）					
前回の受給者番号			今回の受給者番号			
備 考						

窓空宛名

年 月 日

自立支援医療（育成医療）支給認定決定通知書

函 館 市 長 

先に申請のありました自立支援医療費（育成医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受 給 者 番 号		認 定 日	
受 診 者 氏 名			
保 護 者 氏 名			
有 効 期 間	から まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬 局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
(注意事項) 医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。			

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、北海道知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

窓空宛名

年 月 日

通 知 書

函 館 市 長 印

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53条第1項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

申 請 日			
受診者氏名		生年月日	
住 所			
保護者氏名			
理 由			

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3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年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

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、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に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の送達を受け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裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決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）。

（お問合せ先）

窓空宛名

年 月 日

自立支援医療（育成医療）支給変更決定通知書

函 館 市 長 印

先に申請のありました自立支援医療費（育成医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受 給 者 番 号		変更決定日	
受 診 者 氏 名			
保 護 者 氏 名			
有 効 期 間	から まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬 局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
変 更 の 理 由			
(注意事項) 医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。			

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、北海道知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

自立支援医療受給者証（育成医療）									
公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									
受 診 者	フリガナ								生年月日
	氏 名								
	住 所								
	加入医療保険の 記号及び番号					保険者番号			
						保険者名			
特定疾病療養 受療の認定									
保護者（受診者が18 歳未満の場合記入）		フリガナ						続柄	
		氏 名							
		住 所							
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所					所在地・ 電話番号			
	薬 局					所在地・ 電話番号			
	訪問看護事業者					所在地・ 電話番号			
重度かつ継続						自己負担上限額			
有 効 期 間		から まで							
上記のとおり認定する。 年 月 日 函 館 市 長 									

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証、特定疾病区分が記載された資格
 確認書等を医療機関窓口提出すること。

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）

公費負担の対象となる障害

医療の具体的方針

特記事項

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療 ）											
受 診 者	フリガナ								生年月日		
	氏 名								年 月 日		
	住 所	〒							電話番号		
個人番号											
保護者 (受診者が18歳未満の 場合記入)	フリガナ								続柄		
	氏 名										
	住 所	〒 ☐ 受診者と同じ							電話番号		
個人番号											
自立支援医療費受給者番号											
受給者証の有効期間		から								まで	
変 更 内 容	事 項	変 更 前				変 更 後					
	受診者に関する事項 (氏名・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)										
	保護者に関する事項 (氏名・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)										
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者)										
	身体障害者手帳番号										
備 考											
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。											
届出者氏名											
年 月 日											
函館市長 様											

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療 ）													
受 診 者	フリガナ									生年月日			
	氏 名									年 月 日			
	住 所	〒								電話番号			
個 人 番 号													
受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合	フリガナ									受診者との関係			
	保護者氏名												
	保護者住所	〒								□受診者と同じ			電話番号
保護者個人番号													
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		から まで											
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失											
申請者氏名 年 月 日 函館市長 様													

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。

窓空宛名

年 月 日

自立支援医療（育成医療）支給認定取消通知書

函 館 市 長 印

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57条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

受 給 者 番 号	
受 診 者 氏 名	
保 護 者 氏 名	
支給認定取消日	
取 消 理 由	
備 考	
お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。	

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、北海道知事知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3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年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書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年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）																
※該当する新規・再認定・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。																
受診者	フリガナ											年齢	生 年 月 日			
	氏 名											歳	年 月 日			
	住 所	〒										電 話 番 号				
	個人番号															
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号						保険者番号						保険種別			
							保険者名									
	受診者と同一保険の加入者	氏名					個人番号									
該当する所得区分									重度かつ継続							
身体障害者手帳番号							受給者番号									
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医 療 機 関 名						所 在 地 ・ 電 話 番 号									
備 考																
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。																
申請者氏名 年 月 日 函館市長 様																

※ 「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※ 「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄					
申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分		生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ継続 該当 ・ 非該当	
今回所得区分		生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上		重度かつ継続 該当 ・ 非該当	
所得確認方法		個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）			
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
備 考					

窓空宛名

年 月 日

自立支援医療（更生医療）支給認定決定通知書

函 館 市 長 印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
有効期間	から まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬 局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
(注意事項) 医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。			

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、北海道知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

窓空宛名

年 月 日

通 知 書

函 館 市 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53条第1項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

申 請 日			
受診者氏名		生年月日	
住 所			
理 由			

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

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、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に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の送達を受け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裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日から起算して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）。

（お問合せ先）

窓空宛名

年 月 日

自立支援医療（更生医療）支給変更決定通知書

函 館 市 長 印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受 給 者 番 号		変 更 決 定 日	
受 診 者 氏 名			
有 効 期 間	から まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬 局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
変 更 の 理 由			
(注意事項) 医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。			

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、北海道知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

自立支援医療受給者証（更生医療）									
公費負担者番号									
自立支援医療費受給者番号									
受診者	フリガナ								生年月日
	氏 名								
	住 所								
	加入医療保険の 記号及び番号					保険者番号			
						保険者名			
	特定疾病療養 受療の認定								
指定医療機関名	病院・診療所				所在地・ 電話番号				
	薬 局				所在地・ 電話番号				
	訪問看護事業者				所在地・ 電話番号				
重度かつ継続					自己負担上限額				
有 効 期 間		から まで							
上記のとおり認定する。 年 月 日 函館市長 印									

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口提出すること。

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）

公費負担の対象となる障害

医療の具体的方針

特記事項

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）														
受 診 者	フリガナ											生年月日		
	氏名											年 月 日		
	住所	〒											電話番号	
	個人番号													
自立支援医療費受給者番号														
受給者証の有効期間		から まで												
変 更 内 容	事項	変 更 前					変 更 後							
	受診者に関する事項 (氏名・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)													
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者)													
	身体障害者手帳番号													
備 考														
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。														
届出者氏名														
年 月 日														
函館市長 様														

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療）													
受 診 者	フリガナ											生年月日	
	氏 名											年 月 日	
	住 所	〒										電話番号	
	個 人 番 号												
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		から まで											
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失											
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。 申請者氏名 年 月 日 函館市長 様													

※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。

窓空宛名

年 月 日

自立支援医療（更生医療）支給認定取消通知書

函 館 市 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57条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

受 給 者 番 号	
受 診 者 氏 名	
支給認定取消日	
取 消 理 由	
備 考	
お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。	

この処分に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、北海道知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3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年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書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年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日												
函館市長 様												
申請者	住 所											
	氏 名											
	個 人 番 号											
	対象者との続柄											
	電 話 番 号											
下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。 補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。												
対 象 者	☐ 申請者と同じ ※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。											
	住 所											
	フリガナ氏 名											
	個人番号											
	生年月日	年 月 日					電話番号					
身体障害者手帳 障 害 名		手帳番号	第 号									
		交付年月日	年 月 日			障害種別・等級						
疾患名		(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疾患名を記載のこと)										
購入・借受け・修理 を受ける補装具名												
判定予定日												
希望する 補 装 具 事 業 者	名 称											
	所在地											
	電話番号						FAX					
該当する所得区分												
生活保護への移行予 防措置に関する認定		☐ 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。										

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長 印

補装具費支給決定通知書

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対 象 者	住 所	〒			
	フリガナ				
	氏 名				
	生年月日	年 月 日		電話番号	
保 護 者 氏 名				続 柄	
	支 給 番 号		支給決定日	年 月 日	
	決 定 内 容		借受け期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
補 装 具 名					
補 装 具 事 業 者	名 称				
	所 在 地	〒			
	電話番号				
基準額		見積額	利用者負担額		公費負担額
円		円	合計額	円	(合計額) 円
月額負担上限額		月額 (借受けの場合)	(初月)	円	
			(中間月)	円	
円			(最終月)	円	

教 示

この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3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年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

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、函館市長を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）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。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に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の送達を受け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裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決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。）。

（お問合せ先）



補 装 具 費 支 給 券

支給番号				支給 決定日			購入・借受け・ 修理の別		
借 受 け 期 間 (借受けの場合)		年 月 日 ~ 年 月 日							
氏 名					生年月日				
住 所									
保 護 者 氏 名					続 柄				
補装具の名称									
修 理 部 位									
処 方									
補 装 具 事 業 者	名 称								
	所在地								
	電話番号								
基準額		見積額		利用者負担額			公費負担額		
円		円		円			円		
月額負担上限額									
円									
上記のとおり決定する。 年 月 日 函館市長									
適 合 判 定	判 定 年 月 日	年 月 日		判定員 職氏名					
受 領	受 領 年 月 日	年 月 日		受領者 氏名				本人と の関係	

(お問合せ先)

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長 印

却下決定通知書

先に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、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

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3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年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

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、函館市長を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）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。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に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の送達を受け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裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決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。）。

（お問合せ先）

令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

函館市長 様

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四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

										申請年月日										年		月		日	
フリガナ										①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法															
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)										制度										受給者証番号・被保険者証番号					
										①															
生 年 月 日										年 月 日										②					
個 人 番 号										③															
居 住 地										〒										電話番号					
フリガナ										続 柄															
支給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																				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																									
同 支 給 決 定 障 害 者 同 一 世 帯 に 属 す る 他 の	氏 名										生年月日										①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法				
																					制 度				
																					受給者証番号・被保険者証番号				
																					①				
																					②				
	個人番号																				③				
																					①				
																					②				
	個人番号																				③				
																					①				
																				②					
個人番号																				③					

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
(注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
(注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

受取口座		☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 ☐ 以下の口座を振込先とする。																												
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 4 貯蓄預金 9 その他									
	ゆうちょ銀行										記号										番号									
	口座名義人カナ																													
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																												

窓空宛名

年 月 日
函 館 市 長 印

令第四十七条第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害福祉サービス等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施行令第四十七条第一項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障害者 （保護者）氏名		受給者 証番号											
支給決定に係る 児 童 氏 名													

申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額		申請に係る サービス利用月	
支 給		支 給 金 額	
不支給の理由			

振込先	金 融 機 関	
	口 座 種 目	
	口 座 番 号	
	口座名義人	

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か月以内に北海道知事に対し審査請求を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か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

函館市長 様

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四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法 ②介護保険法											
申請者氏名											制度	受給者証番号・被保険者証番号										
生年月日	年 月 日										①											
個人番号											②											
居住地	〒																					
	電話番号																					
フリガナ											生年月日	個人番号										
配偶者氏名																						
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額（注）											申請に係るサービス利用月	年 月分					65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無					☐ 無 ☐ 有

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。
(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

受取口座	☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 ☐ 以下の口座を振込先とする。																				
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 4 貯蓄預金 9 その他										
	ゆうちょ銀行					記号						番号									
	口座名義人カナ																				

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																				

窓空宛名

年 月 日
函 館 市 長 印

令第四十七条第六項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害福祉サービス等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施行令第四十七条第六項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名		受給者 証番号											
-------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申 請 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
障害福祉相当介護 保険サービスに係 る本人支払額（注）		申 請 に 係 る 障害福祉相当介護保険 サービスの利用月	
支 給		支 給 金 額	
不支給の理由			

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

振込先	金 融 機 関	
	口 座 種 目	
	口 座 番 号	
	口座名義人	

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 か月以内に北海道知事に対し審査請求を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 か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）