

障害児通所給付費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

吹田市長 あて

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	〒		電話番号				
フリガナ			生年月日	年 月 日			
支給申請に係る 児童氏名			続柄				
	個人番号						
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(※)			

※「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、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況		利用中のサービスの種類と内容等
	障害福祉 関係サービス	

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

なお、この申請に係る審査のため市職員が上記の申請者の属する世帯の課税内容・収入等について調査すること及び障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、吹田市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設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		

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> 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 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 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。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

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。

(様式第2号)

様

令和 年 月 日

吹田市長

障害児通所給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

令和 年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給(及び)(利用者負担額減額・免除等)について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

受給者証番号		給付決定年月日	
通所給付決定 保護者氏名			
給付決定に係る 児童氏名			
負担上限月額		左の負担月額の 適用期間	
多子軽減対象		無償化対象期間	

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療 (食事療養を除く) の負担上限月額			
	上限額の 適用期間			

障害児通所支援支給決定内容

通所給付決定

受給者証番号

保護者氏名

通所給付支援の種類 有効期間		支援の内容及び支給量
給付決定内容		
	予備欄	
特記事項		

・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、大阪府知事に対して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か月以内に吹田市を被告として(訴訟において吹田市を代表する者は吹田市長となります。)、提起することができます。
なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 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

(様式第3号)

令和 年 月 日

吹田市長

却下決定通知書

令和 年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給及び(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

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対して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か月以内に吹田市を被告として(訴訟において吹田市を代表する者は吹田市長となります。)、提起することができます。
なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 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。

特例障害児通所給付費支給申請書

【 年 月 分】

吹田市長 宛

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所給付費の支給を申請します。

フリガナ			受給者証番号			
申請者氏名						
	個人番号					
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
給付決定に係る児童氏名						
	個人番号					
特例障害児通所給付費 請求額			円			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒		
電話番号			

上記に関する特例障害児通所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		
	金融機関コード		店舗コード		口座番号	
	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通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

特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日

〒 ー

吹田市長

吹田市

様

印

年 月 日に申請のありました特例障害児通所給付費の支給について児童福祉法第21条の5の4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

受給者証番号		申請者氏名	
--------	--	-------	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例障害児通所給付費申請額		円	
支給決定の内容			
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、大阪府知事に対して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か月以内に吹田市を被告として（訴訟において吹田市を代表する者は吹田市長となります。）、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。
- 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

吹田市

住所

電話番号

障害児通所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

吹田市長 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			生年月日	年 月 日	
	氏名				個人番号	
	居住地	〒		電話番号		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	個人番号				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
被保険者証の記号及び番号(※)					保険者名及び番号(※)	
※「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、肢体不自由児通所医療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	利用中のサービスの種類と内容等				
変更の理由						
申請する 支援	支援の種類		申請に係る具体的内容			
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援					
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援					
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス					
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援					
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援						

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> 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 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 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。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、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(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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			

(様式第7号)
令和 年 月 日

吹田市長

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

令和 年 月 日に申請のありました(障害児通所給付費の支給変更)(及び)(利用者負担額減額・免除等の変更)について、児童福祉法第 21 条の 5 の 3 及び第 21 条の 5 の 8 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											変更年月日	
通所給付決定 保護者氏名												
給付決定に係る 児童氏名												
変更の 内容	変更前											
	変更後											

受給者証を吹田市役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。

返還先

住所

電話番号

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、大阪府知事に対して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か月以内に吹田市を被告として(訴訟において吹田市を代表する者は吹田市長となります。)、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。
- 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。

(様式第8号)
令和 年 月 日

吹田市長

支給決定取消通知書

児童福祉法第21条の5の9第1項の規定により、下記のとおり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										支給決定取消日	
給付決定 保護者氏名											
給付決定に係る 児童氏名											
取消理由											

受給者証を吹田市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

電話番号

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、大阪府知事に対して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か月以内に吹田市を被告として(訴訟において吹田市を代表する者は吹田市長となります。)、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。

(様式第9号)

(一)			(二)			(三)		
通所受給者証			障害児通所給付費の給付決定内容			障害児通所給付費の給付決定内容		
受給者証番号			支援の種類			支援の種類		
通所給付決定保護者	居住地		支給量等			支給量等		
	フリガナ		給付決定期間		年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間		年 月 日から 年 月 日まで
	氏名		支援の種類			支援の種類		
	生年月日	年 月 日	支給量等			支給量等		
児童	フリガナ		給付決定期間		年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間		年 月 日から 年 月 日まで
	氏名		特記事項欄					
交付年月日		年 月 日	予備欄					
支給市町村名及び印	市町村番号							
	吹田市							

(四)

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

(五)

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	

(六)

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	事業者確認印
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
2	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	事業者確認印	
	支援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	
3	支援の内容	事業者確認印
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	事業者確認印	
	支援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	
	支援の内容	事業者確認印

(七)

番号	障害児通所支援事業者記入欄		
	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	4 契約支給量		
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	支援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		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年 月 日	
		当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援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		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年 月 日	
		当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量		

(八)

注意事項欄	
<p>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。</p> <p>2 指定通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 医療型児童発達支援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肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者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、指定通所支援等に要した費用(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、五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、基準該当通所支援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。</p> <p>5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給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、支給の再申請をしてください。</p>	

(九)

注意事項欄	
<p>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、他の種類の障害児通所支援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。</p> <p>8 この証の一、五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。</p> <p>9 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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。</p>	

(様式第10号)

肢体不自由児通所医療受給者証

公費負担者番号									
公費受給者番号									
通所 給付 決定 保護 者	フリガナ								
	居住地								
	フリガナ								
	氏名								
	生年月日								
	被保険者証の 記号及び番号								
保険者名 及び番号									
負担上限月額	肢体不自由児通所医療 (食事療養を除く)	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								
支給市町村名 及び印	市町村番号	272054							

注意事項欄

- この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。
- 肢体不自由児通所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。
- 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決定保護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。
- 医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の給付決定期間を経過したときは、肢体不自由児通所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、医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給の再申請をしてください。
- 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。
- 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に届け出てください。
- 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。
- 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。
- 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。

申請内容変更届出書

吹田市長 宛

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
給付決定 保護者氏名			
	個人番号		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 児童氏名		生年 月日	年 月 日
	個人番号		

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外（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。)	給付決定保護者に 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。

受給者証再交付申請書

吹田市長 あて

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 通所受給者証 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	
---------	------------------------------	--------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
給付決定保護者氏名		個人番号	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る児童氏名		生年月日	年 月 日

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者(本人) <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外(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)

高額障害児通所給付費支給申請書

吹田市長 宛

次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。
また、高額障害児通所給付費の支給に係る事項について公簿を確認することに同意します。

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 (通所給付決定保護者等氏名)	個人番号		制度		受給者証番号・被保険者証番号												
生年月日	年 月 日		①														
居住地	〒											電話番号					
フリガナ			続柄														
給付決定に係る児童氏名	個人番号		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 月分から					年 月分まで				
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額																	
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										
	個人番号:																
	個人番号:																
個人番号:																	

(注1) 支払額が公募で確認できないときは、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。

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

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

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ		
氏名	申請者との関係	
住所	〒	
	電話番号	

年 月 日

吹田市長 印

高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日に申請のありました高額障害児（通所・入所）給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

給付決定保護者氏名		受給者証番号											
給付決定に係る児童氏名													

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係るサービス利用月	年 月分
支給		支給金額	円
不支給の理由			

振込先

銀行名	
支店名	
預金種別	
口座番号	
口座名義人（カナ）	

・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、大阪府知事に対して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か月以内に吹田市を被告として（訴訟において吹田市を代表する者は吹田市長となります。）、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。

問い合わせ先

吹田市

住所

電話番号

(児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援) 契約内容
(通所受給者証記載事項) 報告書

年 月 日

〒 -
吹田市

吹田市長 様

事業者番号									
事業者及び その事業所 の名称 代 表 者									

下記のとおり当事業者との契約内容（通所受給者証記載事項）について報告します。

記

報告対象者

受給者証番号								
通所給付決定 保護者氏名						給付決定に係る 児童氏名		

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の 事業者記入欄 の 番 号	支援の内容	契約支給量	契約日 <small>(又は契約支給量を変更した日)</small>	理 由
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1 新規契約 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更

既契約の契約支給量による支援提供を終了した報告

提供を終了する 事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の終了 日までの既提供量	既契約の契約支給量での支援提供を 終了する理由
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1 契約の終了 <input type="checkbox"/> 2 契約の変更

(様式第16号)

年 月 日

吹田市長

障害児支援利用計画案提出依頼書

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、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

- ・ 障害児相談支援給付費支給申請書
 - ※ 障害児相談支援給付費を受けている場合であって、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。

- ・ 障害児相談支援依頼（変更）届出書
 - ※ 既に障害児相談支援給付費を受けている場合であって、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。

問い合わせ先

障害児相談支援給付費支給申請書

吹田市長宛

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			
	氏名		生年月日	年 月 日
		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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者 との関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

障害児相談支援依頼（変更）届出書

吹田市長宛

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	

障害児相談支援を依頼した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

吹田市長

障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

児童福祉法第 24 条の 26 第 1 項の規定に基づき、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、吹田市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に吹田市を被告として（訴訟において吹田市を代表する者は吹田市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、審査請求に対する判決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記1又は2の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する判決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや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。

問い合わせ先 吹田市

住所

電話番号

(様式第20号)

年 月 日

吹田市長

モニタリング期間変更通知書

継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定を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											
通所受給者証番号																						
変更に係る障害者 (保護者)											変更に係る 児童氏名											
変更後の モニタリング期間																						
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援通所受給者証又は 通所受給者証の提出 先及び提出期限	提出先： 提出期限：																					

(様式第21号)

年 月 日

吹田市長

障害児相談支援給付費支給取消通知書

児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、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		

・不服申立て及び取消訴訟

- 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、吹田市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に吹田市を被告として（訴訟において吹田市を代表する者は吹田市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。
なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記1又は2の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。

問い合わせ先

吹田市

住所

電話番号