

事業所記入欄
および注意事項

〔児童通所支援等〕

【事業者様へ】

記入欄が足りなくなった際は高鍋町役場福祉課までご連絡いただくか、ホームページより印刷してください。

※裏面あり

通所支援事業者記入欄(1)

1	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	
2	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	

事業所記入欄
および注意事項

〔児童通所支援等〕

【事業者様へ】

記入欄が足りなくなった際は高鍋町役場福祉課までご連絡ください。

※裏面あり

通所支援事業者記入欄(1)

1	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	
2	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	

通所支援事業者記入欄(2)

3	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	
4	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	

通所支援事業者記入欄(3)

5	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	
6	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	

通所支援事業者記入欄(2)

3	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	
4	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	

通所支援事業者記入欄(3)

5	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	
6	事業所等 名称	
	サービス内容 契約支給量	
	契約日	年 月 日
	提供終了日	年 月 日
	提供終了月中 の既提供量	

予備欄

障害児通所支援等 注意事項(1)
<ol style="list-style-type: none">この証は、各面をよく読んで大切に持ってってください。指定通所支援、共生型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。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。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しん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は市町村の窓口にお問い合わせください。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。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。

予備欄

障害児通所支援等 注意事項(1)
<ol style="list-style-type: none">この証は、各面をよく読んで大切に持ってってください。指定通所支援、共生型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。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。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しん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は市町村の窓口にお問い合わせください。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。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。

障害児通所支援等 注意事項(2)
<ol style="list-style-type: none">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。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。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。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。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。

医療型児童発達支援等 注意事項
<ol style="list-style-type: none">この証は、各面をよく読んで大切に持ってってください。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。

障害児通所支援等 注意事項(2)
<ol style="list-style-type: none">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。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。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。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。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。

医療型児童発達支援等 注意事項
<ol style="list-style-type: none">この証は、各面をよく読んで大切に持ってってください。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。