（様式第７号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （一）

|  |
| --- |
| 障害福祉サービス受給者証 |
| 受給者証番号 |  |
| 支給決定障害者等 | 居住地 |  |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　年　　月　　日 |
| 児童 | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日 |
| 障害種別 | 1　　2　　3　　5 |
| 交付年月日 | 　年　　月　　日 |
| 支給市町村名及び印 | 　中新川郡舟橋村 |

 | （二）

|  |
| --- |
| 介護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 |

 | （三）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |
|  |

 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （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 日から成 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 日から 年 月 日まで |
| 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／日 |
| 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 |  |
| 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 |

 |