

令和2年度 一般会計 歳出 第7款2項1目12節(1) 委託料

受付 番号	種目番号 —	連絡先	委託担当 健康福祉局障害企画課 担当者 高原 電話 671-3601
----------	-----------	-----	--

## 設 計 書

- 1 委託名 障害福祉サービス利用者負担額年度更新コールセンター業務委託
- 2 履行場所 仕様書のとおり
- 3 履行期間 期間 令和 2年 4月 6日から令和 2年 7月13日まで  
又は期限 期限 令和 年 月 日まで
- 4 契約区分 確定契約 概算契約
- 5 その他特約事項  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 6 現場説明  不要  
 要 月 日 時 分、場所  
\_\_\_\_\_
- 7 委託概要 1 年度更新事務手続き、年度更新申請勸奨書類記載内容に係る問合せ対応  
2 年度更新申請勸奨書類の記入支援  
3 障害福祉サービス利用者負担額認定に係る問合せ対応

8 部分払

■する（3回以内）

□しない

部分払の基準

業 務 内 容	履行予定月	数 量	単 位	単 価	金 額
オペレーター研修費	4～6月	1	式		
オペレーター人件費	5月	84.0	時間		
	6月	249.0	時間		
	7月	36.0	時間		
電話回線等準備費	—	1	式		
管理費	4～7月	1	式		
その他運営費	4～7月	1	式		

\* 単価及び金額は、消費税及び地方消費税を含まない金額

\* 概算数量の場合は、数量及び金額を で囲む。

委託代金額

概算金額 ￥

内訳 業務価格 ￥

消費税及び地方消費税相当額 ￥

内 訳

名 称	単位	数量	単価 (円)	金額 (円)	摘要
オペレーター研修費	1	式			
オペレーター人件費	369	時間			
管理費	1	式			
電話回線等準備費	1	式			
その他運営費	1	式			
合計					
消費税及び 地方消費税相当額					
総計					

# 障害福祉サービス利用者負担額年度更新コールセンター業務委託 仕様書

横浜市健康福祉局障害企画課

## 1 趣旨

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（障害者総合支援法）第 19 条に基づき、障害福祉サービス支給決定時に利用者負担額の上限度等を定めている。この利用者負担上限額は、年 1 回（毎年 6 月）更新手続き（年度更新）及びその申請勧奨を行う。

この手続きについて、問合せ対応が集中することに加え、申請書への必要事項の記載がない、必要な拳証資料が添付されていないケースが多いといった状況を踏まえ、申請者の書類作成支援を行うとともに、問合せ対応の充実を図ることを目的として、市民向けに電話・ファックスによる問合せ対応を行うコールセンターを開設する。

## 2 委託内容

### (1) 委託期間

令和 2 年 4 月 6 日～令和 2 年 7 月 13 日

### (2) コールセンター開設期間

令和 2 年 5 月 22 日～令和 2 年 7 月 6 日（土日祝日を除く）

※ただし、令和 2 年 4 月 6 日から令和 2 年 5 月 21 日までの期間を電話等問合せ対応の準備期間、令和 2 年 7 月 7 日から令和 2 年 7 月 13 日までの期間を全体統計集計・報告期間とする。

### (3) 開設時間

午前 10 時～午後 7 時

### (4) 履行場所

受託者が用意する事務所内

履行場所については、本業務を適切に実施でき、入室・退出管理などセキュリティが確保される場所とする。

### (5) 対応内容（イメージは別紙のとおり）

ア 年度更新事務手続き、年度更新申請勧奨書類記載内容に係る問合せ対応

イ 年度更新申請勧奨書類の記入支援

ウ 障害福祉サービス利用者負担額認定に係る問合せ対応

※ 混雑時や時間外に入電があり応答できない場合、その旨を自動アナウンスにて案内すること。

### (6) 問合せ対応の記録と報告

受託者において、問合せ対応を記録するためのフォーマットを作成する。フォーマットの仕様・形態は特に定めないが、外部に情報が漏えいしないのであれば、パソコン、システム利用も可能とする。

ア 問合せ 1 件ごとに、問合せ内容、対応等を記録する。

イ 月報として電話等問合せ対応履行期間中の全体統計結果については翌月 12 日までに、7 月については、同月 13 日までに、次のことを報告する。

(ア) 問合せの件数及び問合せ内容別の件数等。問合せ内容の分類はその内容に応じて適切に行うものとする。

(イ) 苦情・トラブル案件の報告についても上記(ア)と同様の扱いとする。(ただし、横浜市職員による対応が必要となるものについては、速やかにその報告を行うものとする。報告の方法は電話連絡によるものとする。)

(ウ) 報告方法は、電子メールにより行い、報告に使用するフォーマットはエクセル、パワーポイントなど、委託者が容易に集計・編集できる形式によるものとし、画像形式や紙によるものは不可とする。

(エ) 報告に関する統計資料の作成にあたっては、内容に誤りのないよう、精度の確保に努めなければならない。

#### (7) (5)及び(6)に付随する業務

### 4 コールセンター運営に係る事項

#### (1) 受託者が用意するもの

##### ア 委託業務に使用するパソコン

(ア) 受託者は、業務に使用するパソコンを自ら用意した上で、従事者間で問合せ内容を共有するため、パソコン間にてネットワークを組むこととする。なお、パソコンの台数や、OSやソフトなどの仕様に制限はないものとし、その設置及び撤去、電話等問合せ対応で得た情報の消去等の必要な措置は受託者が行うものとする。

(イ) パソコンの盗難が困難な場所で業務を遂行し、またその盗難防止に努めること。

(ウ) ネットワークは、電話等問合せ対応で得た情報の外部への漏えいを防止する措置を講じること。

##### イ プリンタ

ウ 電話機、電話機に付ける従事者用のインカムとそれに必要な機器

エ ファックス。主に聴覚障害者等からの問合せに対応するため必要とする。

オ 筆記用具等、本業務を遂行するにあたり必要な文房具類

カ 従事者に付ける名札など、業務中に常に氏名が分かる状態にしておくのに必要なもの。

キ 問合せ先となる電話番号及びファックス番号。番号は、市外局番 045 で始まる番号とし、それ以外の市外局番やフリーダイヤル、ナビダイヤル等は不可とする。履行期間中は本業務専用の番号とし、受託者はその番号を速やかに障害企画課あてに連絡すること。

#### (2) 委託者が用意するもの

委託者は、受託者が委託業務を執行するために必要な資料等は無償で提供するものとする。

#### (3) 業務実施の基本

受託者は、業務の実施にあたり、関係法令を遵守し、業務を適切に行うものとする。

#### (4) 従事者の配置

ア 受託者は、受託に係る業務を処理するため、次に該当する者(以下「従事者」という。)を履行場所に配置し、業務に従事させなければならない。

(ア) 業務に必要な知識及び技術を有するとともに、障害者総合支援法に基づく障害福祉サー

ビス(利用者負担額に関すること)及び業務の公共性を十分理解し、円滑に業務を行える者  
(イ) コールセンターの業務を遂行するにあたり、十分な経験を有し、障害者総合支援法以外の  
 市政に関する問合せへの一時的な対応(担当部署の紹介等)ができる者

(ウ) パソコンによる文書等入力ができる者

イ 開設時間内において、業務席数の従事者を配置する。

ウ 従事者の出勤時間や退庁時間の管理については受託者が管理し、必要に応じて委託者に報告する。

#### (5) 従事者の心構え

従事者は、業務遂行にあたって、職務の重要性を自覚し、横浜市職員に準ずる心構えで対応するものとする。

#### (6) 従事者の指揮

従事者の指揮監督は、受託者が行うこととする。

#### (7) 責任者の配置

ア 受託者は、従事者の指揮監督を行うにあたり、あらかじめ従事者の中から責任者(以下「責任者」という。)及び責任者を代行できる者を選任し、委託者に届け出なければならない。

イ 責任者は、第4項の業務に類似した基礎自治体等のコールセンター委託業務での実務経験を有し、Microsoft Word、Microsoft Excel、Microsoft Access 等により統計資料、文書の作成ができる者とする。

ウ 業務実施にあたっては、責任者又は責任者を代行できる者が常時1名以上勤務し、委託者との事務打ち合わせ及び従事者の指揮監督を行うものとする。なお責任者を代行できる者は複数人を選任しても構わない。

エ 責任者がオペレーターとして従事することは差し支えない。

#### (8) 受託者の責務

受託者は、業務の公共性、重要性に鑑み、従事者に対して、雇用者としての責務を履行し、また適正かつ良好な労働条件の確保に努めなければならない。

#### (9) 秘密の保持

ア 受託者は、この契約の履行にあたっては、秘密の保持及び、善良な管理者としての注意を払う義務を有し、業務を行う上で知り得た内容については、契約期間中及び契約解除後において、いかなる理由によっても他人に漏洩してはならない。

イ 受託者は、委託者に対し、前号の義務の履行を担保するため従事者との連署による誓約書を提出しなければならない。

ウ 受託者は、従事者に対して、事前及び定期的に秘密の保持についての教育を行わなければならない。

#### (10) 事務打ち合わせの実施

委託者及び受託者は、必要に応じて、事務打ち合わせを行い、円滑な事務処理に努めなければならない。

#### (11) 従事者の研修

ア 受託者は、受託に係る業務を円滑に行うため、従事者に対して、次の事項に留意した事前研修を十分に行うこと。

- (ア) 関係法令等業務に必要な知識を習得させること
- (イ) 必要に応じてパソコンを操作することができる技能を習得させること
- (ウ) 業務の公共性を理解させること
- (エ) 事務処理手順を理解させること
- (オ) 守秘義務を理解させること

イ 委託者は、事前研修の実施状況、習得度合を検査できることとする。

ウ 受託者は、履行開始後においても、前1号の事項に留意した研修を行い、常に従事者の質の向上に努めなければならない。

エ 受託者は、従事者に対する研修を第4項の業務についての知識及び類似業務の経験を有した者に行わせなければならない。

#### (12) 業務マニュアルの充実

受託者は、業務上習得したノウハウについて、委託者が用意する想定質問・回答集に付加するなど、充実を図らなければならない。

#### (13) データの消去

受託者が用意したパソコンの中にある、この業務に関連する全ての情報の記録等については、委託契約期間終了後、受託者の責任において完全に消去するものとする。

#### (14) 履行状況の確認

委託者と受託者は、委託契約期間中、委託業務の履行が仕様書の定めるとおり履行されているか、相互に確認しなければならない。

#### (15) 事故の発生の報告

受託者は、業務遂行にあたり事故が発生したときは、直ちに委託者に報告し、委託者の指示に従わなければならない。

#### (16) 業務の報告及び検査

受託者は、2(6)イに定める月報により業務内容を記録し、速やかに委託者の確認を受けるものとする。

### 5 その他

- (1) 受託者は、この契約による事務を処理するため「委託契約約款」及び「個人情報取扱特記事項」を遵守しなければならない。
- (2) この仕様書に定める事項その他について、質疑が生じた場合は、委託者と受託者が協議して解決するものとする。
- (3) この仕様書に定めのない事項については、横浜市契約規則（昭和39年3月31日規則第59号）に定めるところによるほか、必要に応じて委託者と受託者が協議して定める。
- (4) この契約は、令和2年4月1日の改正民法の施行に伴い、新たに施行する本市契約約款を適用することとする。

# 障害福祉サービス利用者負担額年度更新コールセンター問合せ対応イメージ

**1**  
お電話ありがとうございます。  
横浜市年度更新コールセンター  
担当〇〇でございます。  
本日はどのようなお問合せ  
でしょうか？

**2**  
かしこまりました。  
(お問合せ内容を  
復唱し確認)

## その他障害福祉

に関する問合せ

区役所高齢・障害支援課を  
案内

## 障害以外

に関する問合せ

横浜市コールセンターを案内  
(問合せ一覧表 参照)

### 届いた書類について

(例)

- ・何の手続きなのか？
- ・前に送ったばかりだが、提出しなければならないのか？
- ・書類が送られてきた。施設の職員に渡してよいか？書いてもらってよいか？

Q〇  
~  
Q〇

### 提出する書類について

(例)

- ・工賃証明は誰に書いてもらうのか？
- ・工賃証明は提出しなければならないか？

Q〇  
~  
Q〇

### 書類の内容・書き方について

(例)

- ・先日、親族の財産分与があったが申告しなければならないか？
- ・親族から送金されたお金があるが、どの欄に記載したらよいか？
- ・住所と氏名だけ書けばよいか？

Q〇  
~  
Q〇

### 添付する書類等について

(例)

- ・収入を証明する書類がないがどうしたらよいか？

Q〇  
~  
Q〇

### 提出方法等について

(例)

- ・区役所に持っていけばよいか？

Q〇  
~  
Q〇

### 手続き等について

(例)

- ・書類が送られてきた。施設の職員に渡してよいか？書いてもらうのか？
- ・新たに利用したいサービスがある。

Q〇  
~  
Q〇

### 制度等について

- ・通知が送られてこない。
- ・受給者証送られてきたが、前の受給者証は処分してよいか？
- ・受給者証は施設に提出しないとイケないのか？

Q〇  
~  
Q〇

### マイナンバーについて

Q〇~Q〇

### その他

- ・相談をしたいが、役所がやっていないので話を聞いてほしい。

Q〇  
~  
Q〇

QA参照の上、回答をする。

※エスカーションが必要なものについて、管理者へ確認の上、個人情報を聴取。氏名、住所・連絡先をお伺いする。

## 終わりに

何かご不明な点はございませんでしょうか。  
本日は〇〇が承りました。  
お電話ありがとうございました。



問合せ想定件数

	5/22	5/25	5/26	5/27	5/28	5/29	6/1	6/2	6/3	6/4	6/5	6/8	6/9	6/10	6/11	6/12	6/15	6/16	6/17	6/18	6/19	6/22	6/23	6/24	6/25	6/26	6/29	6/30	7/1	7/2	7/3	7/6	合計		
曜日	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月			
業務開始から	1日目	2日目	3日目	4日目	5日目	6日目	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目	12日目	13日目	14日目	15日目	16日目	17日目	18日目	19日目	20日目	21日目	22日目	23日目	24日目	25日目	26日目	27日目	28日目	29日目	30日目	31日目	32日目			
想定件数	15	40	40	45	60	60	70	60	40	40	40	70	70	35	20	20	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	5	5	5	5	865	
対応時間	9	13	15	15	16	16	18	16	15	15	15	18	15	11	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	369

参考：時間別入電件数令和元年度実績

	5/24	5/27	5/28	5/29	5/30	5/31	6/3	6/4	6/5	6/6	6/7	6/10	6/11	6/12	6/13	6/14	6/17	6/18	6/19	6/20	6/21	6/24	6/25	6/26	6/27	6/28	7/1	7/2	7/3	7/4	7/5		
	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金	月	火	水	木	金		
10時～	1	11	6	5	11	9	17	9	6	14	9	13	6	10	3	5	2	3	0	1	0	2	1	0	4	2	0	0	0	0	2		
11時～	2	4	4	3	10	5	7	3	4	8	8	9	5	5	5	1	1	0	0	0	0	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0		
12時～	2	4	3	4	4	3	5	4	1	7	3	6	0	3	4	2	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0		
13時～	1	1	3	1	5	6	8	5	4	4	7	8	7	2	0	5	2	1	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0		
14時～	1	4	1	5	8	8	11	7	7	8	7	10	8	2	4	2	1	1	0	0	1	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	
15時～	1	5	4	5	8	4	10	8	6	7	3	3	6	3	3	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	2	0	0	1	0	0		
16時～	3	3	6	9	6	8	8	3	2	8	3	9	3	3	1	1	3	1	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	0	0	1		
17時～	2	4	5	7	6	7	10	5	1	4	2	4	6	3	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0		
18時～	1	1	1	7	4	1	3	4	1	3	1	4	3	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0		
応答数	14	37	33	46	62	51	79	48	32	63	43	66	44	33	21	17	10	9	3	2	6	7	8	4	8	6	3	2	2	0	3	762	

問合せ対応業務席数

5月					22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日	31日
					金	土	日	月	火	水	木	金	土	日
業務開始から					1日目			2日目	3日目	4日目	5日目	6日目		
10:00～					1			2	2	2	2	2		
11:00～					1			2	2	2	2	2		
12:00～					1			1	1	1	1	1		
13:00～					1			1	1	1	2	2		
14:00～					1			2	2	2	2	2		
15:00～					1			2	2	2	2	2		
16:00～					1			1	2	2	2	2		
17:00～					1			1	2	2	2	2		
18:00～					1			1	1	1	1	1		
従事者数					9			13	15	15	16	16		

6月	1日	2日	3日	4日	5日	6日	7日	8日	9日	10日	11日	12日	13日	14日	15日	16日	17日	18日	19日	20日	21日	22日	23日	24日	25日	26日	27日	28日	29日	30日
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火
業務開始から	7日目	8日目	9日目	10日目	11日目			12日目	13日目	14日目	15日目	16日目			17日目	18日目	19日目	20日目	21日目			22日目	23日目	24日目	25日目	26日目			27日目	28日目
10:00～	3	3	3	3	3			3	2	2	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
11:00～	2	2	2	2	2			3	2	2	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
12:00～	2	1	1	1	1			2	2	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
13:00～	2	1	1	1	1			2	2	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
14:00～	2	2	2	2	2			2	2	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
15:00～	2	2	2	2	2			2	2	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
16:00～	2	2	2	2	2			2	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
17:00～	2	2	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
18:00～	1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1	1	1	1			1	1
従事者数	18	16	15	15	15			18	15	11	9	9			9	9	9	9	9			9	9	9	9	9			9	9

7月			1日	2日	3日	4日	5日	6日
			水	木	金	土	日	月
業務開始から			29日目	30日目	31日目			32日目
10:00～			1	1	1			1
11:00～			1	1	1			1
12:00～			1	1	1			1
13:00～			1	1	1			1
14:00～			1	1	1			1
15:00～			1	1	1			1
16:00～			1	1	1			1
17:00～			1	1	1			1
18:00～			1	1	1			1
従事者数			9	9	9			9

# りようしゃふたんがくとう ねんどうこうしん し 利用者負担額等 年度更新のお知らせ

よこはまし  
横浜市

こんかい おく しよるい しやうがいふくし つか しはら かね りようしゃふたんがく き  
今回お送りする書類は、あなたが障害福祉サービスを使うときに支払うお金（利用者負担額）を決  
めるための書類です。

した ①から⑤のうち、必要な書類を出してください。提出の必要がない書類もあるので、迷った  
ばあい わ ばあい ねんどうこうしん でんわ  
場合や分からない場合は、年度更新コールセンターに電話してください。

## ねんどうこうしん 【年度更新コールセンター】

でんわ 電話 045-640-4332 F A X 045-212-0253

かいせつきかん れいわがん がつ にち きん がつ か もく  
開設期間：令和元年5月24日（金）から7月4日（木）まで  
げつようび きんようび ごぜん じ ごご じ  
月曜日から金曜日 午前10時～午後7時

## 1. あなたが提出する書類

ぜんいんていしゆつ ひつよう か ていしゆつ  
【全員提出します。必要なところを書いて提出してください。】

① しょうがいふくし とうりようしゃふたんがくげんがく めんじやとうしんせいしよ せたいしやうきやう しやうにゆうとうしんこくしよ みどりのいろ かみ  
障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書/世帯状況・収入等申告書 緑色の紙

【グループホームに ずんでいる人のみ提出します】

② グループホームの家賃額の分かるもの

（グループホームの利用契約書（家賃額を記載している箇所）のコピーや家賃額の証明書など）

【入所施設で暮らす 20歳以上の人で、市民税非課税の人が 提出します】

③ 次のうち、平成30年1～12月分の金額が分かる必要な書類を出してください。

ねんきん ひと きんがく わ しょうがい き そねんきんとうふりこみつうちしよ とう  
○年金をもらっている人 金額が分かるもの（障害基礎年金等振込通知書のコピー等）

てあて ひと てあて れい とくべつしょうがいしやてあて きんがく しよるい  
○手当をもらっている人 手当（例：特別障害者手当）の金額が分かる書類

こうちん ひと しせつにゆうしよしやこうちんとうしはらいがくしょうめいしよ きいろ かみ  
○工賃をもらっている人 施設入所者工賃等支払額証明書 黄色の紙

○税金・社会保険料を支払っている人 施設入所者 社会保険料等記入票 ピンク色の紙

○税金や社会保険料の金額がわかる書類のコピー（確定申告している場合は、そのコピー）

○療養介護を利用している人は、食事療養費に係る減額認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）のコピー

○そのほか、「在日外国人障害者等福祉給付金」「仕送り」「不動産などを貸して受け取った家賃」などの収入がある人は、その金額がわかる書類のコピーを出してください。

【18歳以下の人を扶養している人のみ提出します】

④ 源泉徴収票のコピー

18歳以下の人を扶養している人で、②の「16歳未満の扶養親族等の人数」か「16～18歳の扶養親族等の人数」に人数を書いた人だけ出してください。

## 2. 注意していただきたいこと

○配偶者がいる人は、配偶者の分も①から④まで必要な書類を出さなければいけません。

○あなたのマイナンバー（個人番号）を①の書類に書く場合は、マイナンバーがわかるカード等のコピーと本人を確認できる書類のコピーをいっしょに送ってください。

## 3. 提出先

受給者証の「発行区」に書かれている区役所

## 4. 提出方法

れいわがんねん がつ にち きん  
令和元年6月14日（金）まで

この封筒に入っている返信用封筒に 必要な書類を入れて 郵送してください。

しょうがいふくし とおりようしゃふたんがくげんがく めんじょうしんせいしよ  
**障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書**

ていしゅつしよるい  
提出書類①

とくていしょうがいしゃとくべつきゅうふひしんせいしよ  
**(特定障害者特別給付費申請書)**

しんせいしよ しょうがいふくし りよう りようしゃふたん げんがく めんじよ とくてい  
この申請書は、あなたが 障害福祉サービスを利用するときの 利用者負担額の減額や免除をしたり、特定  
しょうがいしゃとくべつきゅうふひ ほそくきゅうふひ うと ひつよう しよるい  
障害者特別給付費(補足給付費)を受け取ったりするために 必要な書類です。

しんせいしよ かいたひ ねん がつ にち  
この申請書を書いた日: 年 月 日

しんせいしや しめい れんらくさき  
1. 申請者の氏名と連絡先

かなら か  
【必ず書いてください】

なまえ じゅうしよ  
あなたの名前と 住所など

フリガナ	
なまえ	
名 前	
じゅうしよ	
住 所	
でんわばんごう	
電話番号	
せいねんがっぴ	
生年月日	
マイナンバー	

おな じゅうしよ おく ばあい か  
【同じ住所に送る場合は 書かなくてよいです】

ひだり か じゅうしよ べつ じゅうしよ しよるい おく ばあい おく さき  
左 で書いた住所と 別の住所に 書類を送る場合の 送り先

フリガナ	
なまえ	
名 前	
じゅうしよ	
住 所	
でんわばんごう	
電話番号	
あなたとの かんけい 関係	しんぞく おや 親族(親や きょうだいなど)・成年 こうけん 後見人・そのほか

かなら か  
2. 【必ず書いてください】

しょうがいふくし つか しはら きんがく ふたんじょうげんがく き した なか  
障害福祉サービスを使うときに 支払う金額(負担上限額)を決めます。下の3つの中で、あなたはど  
れに 当てはまりますか? □に チェックしてください。

- せいかつ ほご う せいかつ ほご たんどう し く ちょうそん  
生活保護を受けている(生活保護担当の 市区町村 → \_\_\_\_\_ )
- しみんぜい ひかぜい せいかつ ほご う せいかつ ほご う した かた ふよう  
市民税 非課税 (「生活保護を受けている」にチェックをした方はチェック不要です。)
- しみんぜい かぜい  
市民税 課税

かなら か  
3. 【必ず書いてください】

した なか あ  
下の3つの中で、あなたは どれに当てはまりますか? □に チェックしてください。

- にゅうしよしせつ く とくていしょうがいしゃとくべつきゅうふひ ほそくきゅうふ しんせい  
入所施設で暮らしていて、特定障害者特別給付費(補足給付)を 申請したい
- グループホームで暮らしていて、特定障害者特別給付費(補足給付)を 申請したい
- せいかつ ほご いこうぼうしそち しんせい  
生活保護への移行防止措置を 申請したい

かなら か  
4. 【必ず書いてください】

1~4で書いたことに、間違いはありませんか? 書いたことに間違いがなく、区役所の職員が  
しら ばあい した なまえ か いんかん お  
調べてもよい場合は、この下に あなたの名前を書いて、あなたの印鑑を押してください。

なまえ 印  
名前 \_\_\_\_\_ 印

わ てん ごれんらく  
☆ 分からない点については、コールセンターにご連絡ください。

年度更新コールセンター 電話 045-640-4332 FAX 045-212-0253

開設期間: 令和元年5月24日(金)から7月4日(木)まで 月曜日から金曜日 午前10時~午後7時

せたいじょうきょう しゅうにゅうしんこくしょ  
世帯状況・収入申告書

この申告書は、あなたやあなたの世帯の人たちの収入等を確認するための書類です。

1. 世帯の状況

【配偶者がいる場合のみ書いてください】  
【18歳未満の人のみ書いてください】  
※施設入所支援を利用している場合は20歳未満の人

	あなたのこと	配偶者のこと	あなたと一緒に暮らしている人のこと		
フリガナ					
名前					
生年月日	ねん がつ にち 年 月 日	ねん がつ にち 年 月 日	ねん がつ にち 年 月 日	ねん がつ にち 年 月 日	ねん がつ にち 年 月 日
マイナンバー					
あなたとの関係					
扶養親族の数	さいみん ひと にん 16歳未満の人 人	さいみん ひと にん 16歳未満の人 人	さいみん ひと にん 16歳未満の人 人	さいみん ひと にん 16歳未満の人 人	さいみん ひと にん 16歳未満の人 人
	さい ひと にん 16~18歳の人 人	さい ひと にん 16~18歳の人 人	さい ひと にん 16~18歳の人 人	さい ひと にん 16~18歳の人 人	さい ひと にん 16~18歳の人 人
市民税	かぜい えん □課税( 円) ひかぜい □非課税	かぜい えん □課税( 円) ひかぜい □非課税	かぜい えん □課税( 円) ひかぜい □非課税	かぜい えん □課税( 円) ひかぜい □非課税	かぜい えん □課税( 円) ひかぜい □非課税

【この下は 次の○すべてに当てはまる人だけ書いてください。】

○20歳以上 ○施設入所支援 または 療養介護を利用している ○あなたと配偶者が非課税

2. あなたの平成30年1~12月の収入と経費について

収入	① 合計所得金額(給料など税金がかかる収入の合計)	えん 円
	② 年金(障害基礎年金など年金の合計)	えん 円
	③ 手当(特別障害者手当など手当の合計)	えん 円
	④ 工賃等就労収入(通所先などからもらう工賃の合計)	えん 円
	⑤ 在日外国人障害者等福祉給付金	えん 円
	⑥ 仕送り(家族等からもらったお金)による収入	えん 円
	⑦ 不動産等の家賃収入(自分の家を貸している場合など)	えん 円
	⑧ その他の収入	えん 円
必要経費	① 社会保険料(健康保険や年金などの保険料)	円
	② 租税(消費税以外に払った税金の合計)	円

【ここから下は区役所使用欄】

その他生活費の額 (2.5万円・2.8万円・3.0万円) ※施設入所者のみ	障害基礎年金(1級・2級)		
食事負担額(日額) (300円・480円・630円・780円・1,380円)	※療養介護利用者のみ	確認日	
情報照会(要・不要) 地域生活支援事業に係る同意書(要・不要)		確認者	

しょうがいふくし とくりようしゃふたんがくげんがく めんじょうしんせいしよ  
障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書

ていしゅつしよるい  
提出書類①

とくていしょうがいしゃとくべつきゅうふひしんせいしよ  
(特定障害者特別給付費申請書)

しんせいしよ しょうがいふくし りよう りようしゃふたん げんがく めんじよ とくてい  
この申請書は、あなたが 障害福祉サービスを利用するときの 利用者負担額の減額や免除をしたり、特定  
しょうがいしゃとくべつきゅうふひ ほそくきゅうふひ うと ひつよう しよるい  
障害者特別給付費(補足給付費)を受け取ったりするために 必要な書類です。

しんせいしよ かいたひ ねん がつ にち  
この申請書を書いた日: R 1 年 6 月 1 日

しんせいしや しめい れんらくさき  
1. 申請者の氏名と連絡先

かなら か  
【必ず書いてください】

なまえ じゅうしよ  
あなたの名前と 住所など

フリガナ	ヨコハマ ハナコ
なまえ 名 前	横浜 花子
じゅうしよ 住 所	横浜市中区港町1-1
でんわばんごう 電話番号	045-123-4567
せいねんがっぴ 生年月日	昭和35年8月24日
マイナンバー	000123456789

おな じゅうしよ おく ばあい か  
【同じ住所に送る場合は 書かなくてよいです】

ひだり か じゅうしよ べつ じゅうしよ しよるい おく ばあい おく さき  
左で書いた住所と 別の住所に 書類を送る場合の 送り先

フリガナ	ヨコハマ タロウ
なまえ 名 前	横浜 太郎
じゅうしよ 住 所	横浜市中区日本大通18
でんわばんごう 電話番号	045-987-6543
あなたとの かんけい 関係	しんぞく おや 親族(親や ぎょうだいなど)・成年 こうけんにん 後見人・その他

かなら か  
2. 【必ず書いてください】

しょうがいふくし つか しはら き した なか  
障害福祉サービスを使うときに 支払う金額(負担上限額)を決めます。下の3つの中で、あなたはど  
れに 当てはまりますか? □に チェックしてください。

- 生活保護を受けている(生活保護担当の 市区町村 → \_\_\_\_\_ )
- 市民税 非課税 (「生活保護を受けている」にチェックをした方はチェック不要です。)
- 市民税 課税

かなら か  
3. 【必ず書いてください】

した なか あ  
下の3つの中で、あなたは どれに当てはまりますか? □に チェックしてください。

- 入所施設で暮らしていて、特定障害者特別給付費(補足給付)を 申請したい
- グループホームで暮らしていて、特定障害者特別給付費(補足給付)を 申請したい
- 生活保護への移行防止措置を 申請したい

かなら か  
4. 【必ず書いてください】

か まちが か まちが く やくしよ しよくいん  
1~4で書いたことに、間違いはありませんか? 書いたことに間違いがなく、区役所の職員が  
しら ばあい した なまえ か いんかん お  
調べてもよい場合は、この下に あなたの名前を書いて、あなたの印鑑を押してください。

なまえ 横 浜 花 子 いん  
名前 \_\_\_\_\_ 印

わ てん ごれんらく  
☆ 分からない点については、コールセンターにご連絡ください。

年度更新コールセンター 電話 045-640-4332 FAX 045-212-0253

開設期間: 令和元年5月24日(金)から7月4日(木)まで 月曜日から金曜日 午前10時~午後7時

せたいじょうきょう しゅうにゅうしんこくしょ  
世帯状況・収入申告書

この申告書は、あなたやあなたの世帯の人たちの収入等を確認するための書類です。

1. 世帯の状況

【必ず書いてください】  
【配偶者がいる場合のみ書いてください】  
【18歳未満の人のみ書いてください】  
※施設入所支援を利用している場合は 20歳未満の人

	あなたのこと	配偶者のこと	あなたと一緒に暮らしている人のこと		
フリガナ	ヨコハマ ハナコ				
名前	横浜 花子				
生年月日	S35年8月24日	年月日	年月日	年月日	年月日
マイナンバー	000123456789				
あなたとの関係	本人				
扶養親族の数	16歳未満の人 人	16歳未満の人 人	16歳未満の人 人	16歳未満の人 人	16歳未満の人 人
	16~18歳の人 人	16~18歳の人 人	16~18歳の人 人	16~18歳の人 人	16~18歳の人 人
市 民 税	<input type="checkbox"/> 課税(円)	<input type="checkbox"/> 課税(円)	<input type="checkbox"/> 課税(円)	<input type="checkbox"/> 課税(円)	<input type="checkbox"/> 課税(円)
	<input checked="" type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 非課税

【この下は 次の○ すべてに当てはまる人だけ 書いてください。】

○20歳以上 ○施設入所支援 または 療養介護を利用している ○あなたと配偶者が非課税

2. あなたの平成30年1~12月の収入と経費について

収入	① 合計所得金額(給料など税金がかかる収入の合計)	0 円
	② 年金(障害基礎年など年金の合計)	974,125 円
	③ 手当(特別障害者手当など手当の合計)	322,630 円
	④ 工賃等就労収入(通所先などからもらう工賃の合計)	120,000 円
	⑤ 在日外国人障害者等福祉給付金	円
	⑥ 仕送り(家族等からもらった お金)による収入	円
	⑦ 不動産等の家賃収入(自分の家を貸している場合など)	円
	⑧ その他の収入	円
必要経費	① 社会保険料(健康保険や年金などの保険料)	15,000 円
	② 租税(消費税以外に払った税金の合計)	円

【ここから下は区役所使用欄】

その他生活費の額 (2.5万円・2.8万円・3.0万円) ※施設入所者のみ	障害基礎年金(1級・2級)		
食事負担額(月額) (300円・480円・630円・780円・1,380円)	※療養介護利用者のみ	確認日	
情報照会(要・不要) 地域生活支援事業に係る同意書(要・不要)		確認者	



# 「施設入所者 工賃等支払額証明書(平成 30 年分)」の提出のお願い

横浜市

20歳以上の施設入所者の方は、同封の「障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書（裏面：世帯状況・収入等申告書）」を提出する際に、「**平成 30 年中 工賃等支払額証明書**」を添付してください。

1 「平成 30 年中 工賃等支払額証明書」の提出が必要な方

**20歳以上の施設入所者の方で、平成 30 年中に工賃等収入があった方**

※ 工賃収入のない方も 0 円と記入してください。

2 提出の手順

(1) あなたが利用している障害福祉サービス事業所等に「平成 30 年中工賃等支払額証明書（この用紙・裏面）」を提出し、記入を依頼してください。

※ **2か所以上から工賃等を得た方は、それぞれの事業所から「平成 30 年中 工賃等支払額証明書(この用紙・裏面)」をもらってください。**

※ **障害福祉サービス事業所等が独自に作成している様式でもかまいません。**

(2) 障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書（裏面：世帯状況・収入等申告書）に添付し、その他必要書類と一緒に提出してください。

【提出先】受給者証を発行している区役所

【提出期限】令和元年 6 月 14 日（金）

※ 同封の返信用封筒で他の提出書類と一緒に郵送してください。

様

受給者番号

受給者証発行区

区

## 施設入所者 工賃等支払額証明書（平成 30 年分）

1月		7月	
2月		8月	
3月		9月	
4月		10月	
5月		11月	
6月		12月	
賞与等		賞与等	
合計(年額)	円		

上記の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

施設名  
施設長名

ふとわくない かなら きにゅう  
※太枠内は必ずご記入ください。

し せつにゆうしよしゃ しゃかいほけんりょうとう きにゅうひょう  
施設入所者 社会保険料等 記入票

きにゅう ひと  
記入した人

---

りょうしやしめい  
利用者氏名

---

平成 30 年	月 額	平成 30 年	月 額
1 月	円	7 月	円
2 月	円	8 月	円
3 月	円	9 月	円
4 月	円	10 月	円
5 月	円	11 月	円
6 月	円	12 月	円
平成 30 年中 年額合計			円

げつがくがふめいばあいは、ねんがくごうけいのみご記入ください。

※ **申請者本人が社会保険料等を支払った場合のみ、提出してください。**

※ **必ず、資料** { **決定通知書** } **を添付してください。**  
 ・ **お知らせハガキ** 等

【区役所使用欄】		受理印
確認日	確認者	

## 年度更新 提出書類チェックリスト

令和元年度の市民税額が確定したことに伴い、利用者負担上限月額を更新を行います。

つきましては以下の書類を同封の返信用封筒でご提出ください。

**次のうち、○印がついている書類の提出をお願いいたします。(△印は該当者のみ)**

提出書類一覧		提出いただく物				封入 チェック
		右記(①②③) 以外の全員	①グループホーム 入居者	②施設入所者	③療養介護 利用者	
1	障害福祉サービス等利用負担減額・免除等申請書 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">緑 色</span>	○	○	○	○	
2	グループホームの家賃額の分かるもの (グループホームの利用契約書コピーや家賃額の証明書等)	—	○	—	—	
3	障害者ご本人が平成30年に受給した年金の証明書類コピー (年金額(改訂)通知書・年金振込通知書・年金証書等) ※みつからない場合は、振込額がわかる通帳の写しなど。	—	—	○	○	
4	手当の金額が分かる書類のコピー	—	—	△	△	
5	施設入所者 工賃等支払額証明書 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">黄 色</span>	—	—	△	△	
6	税額が分かる書類のコピー	—	—	△	△	
7	施設入所者 社会保険料等 記入票 ※自分で健康保険等の社会保険料や税金を支払っている方のみ <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">ピンク色</span>	—	—	△	△	
8	「7 施設入所者 社会保険料等 記入票」に記入した内容を 証明するもの ※みつからない場合は、納付額がわかる通帳の写しなど	—	—	△	△	
9	健康保険証の写し ※変更がある場合のみ	—	—	—	△	
10	限度額適用・標準負担額減額認定証の写し ※交付されている方のみ	—	—	—	△	

以上を同封の返信用封筒に入れて6月14日(金)までにご返送ください。

ご不明の点は下記までご連絡ください。

年度更新コールセンター：電話045-640-4332

FAX 045-212-0253

開設期間：令和元年5月24日(金)から7月4日(木)まで

月曜日から金曜日 午前10時～午後7時