

令和5年度標準準拠システム（障害者福祉）に基づく
事務運用等の見直し検討支援委託 業務説明資料

本説明書に記載した内容には、現在検討中のものも含まれるため、本プロポーザルのみの設定条件とし、将来の業務実施の条件となるものではありません。

1 業務名称

令和5年度標準準拠システム（障害者福祉）に基づく事務運用等の見直し検討支援委託（その2）

2 業務の目的

主に区福祉保健センターが実施する障害者福祉業務については、福祉保健システム及び障害福祉システムを活用していますが、標準準拠システムへの移行に向けて、本市では、令和3年度より、現行業務の調査（FIT&GAP作業等）や市場調査等、標準準拠システムの調達に向けた準備を進めています。また、標準仕様書に合わせた業務手順やプロセス等の見直しに向けたタスクの整理を行うとともに、標準準拠システムへの移行により生じる課題を分析し、業務の効率化等を図り、市民サービスの充実や区福祉保健センター職員の業務負担等を軽減する業務見直しを行うこととしています。（以下、「標準化を契機とした障害者福祉業務の業務見直し」という。）そのうち、本業務においては、標準化を契機とした障害者福祉業務の業務見直しを進めるために必要な支援（例：具体的なアイデアや先進事例の提供、実施スキームの検討・提案）等を行うことを目的とします。

なお、業務を行うにあたっての留意事項として、令和4年度に実施した区福祉保健センター職員等によるワーキングにおいて、区福祉保健センター職員から、オンライン申請の導入などデジタル技術の活用により、区福祉保健センターにおいて特に業務見直し効果が高いと見込まれる取組の実施を積極的に検討すべきであるとの意見が出されました。また、本市のDX戦略においては、障害者福祉業務のうち市民からの申請や届出手続き件数の多い障害福祉サービスの支給申請手続き等について、オンライン申請の実施を目指すこととなっています。こうしたことを踏まえ、デジタル技術の活用による改善効果が高い取組を進めるための実施スキームの検討を必須の実施事項とします。

3 委託期間

契約締結日から令和6年3月31日まで

4 業務内容

(1) 履行場所

- ア こども青少年局障害児福祉保健課、健康福祉局障害施策推進課
- イ 区福祉保健センター（18区のうち、4区程度を別途指定する）

(2) 業務内容

本業務では次の内容を行います。

ア 本業務におけるオンライン化検討対象手続きの選定

本市があらかじめ指定する業務（下記「対象業務」参照）について、標準準拠システムへの移行を見据えた手続きのオンライン化を推進するため、対象業務におけるオンライン化対象手続き（下記「オンライン化対象手続きの例」参照）のうち、本業務で具体的に検討すべき手続きの選定（10手続き程度）を行います。

なお、手続きの選定にあたっては、申請のパターンを複数検討できるよう申請方法等が異なる手続きを選定する他、以下の視点を踏まえることとします。

【手続きの選定における視点】

- ①ワーキングの活用による区の意見
- ②オンライン化による効果が高いもの
- ③実証実験が可能なもの

【対象業務】

- ①障害福祉サービス等（障害児通所支援・障害福祉サービス）
- ②精神障害者保健福祉手帳
- ③自立支援医療（精神通院医療）

【オンライン化対象手続きの例】

- ・ 障害児通所支援（変更申請・更新申請・利用者負担額減額免除等申請）
- ・ 障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請
- ・ 障害福祉サービス等支給申請（更新・変更）
- ・ 自立支援医療（精神通院医療）支給認定申請（新規・更新・変更・再申請・再交付・市外転入）
- ・ 精神障害者保健福祉手帳申請
（新規交付・更新・再承認・障害等級変更・転入届）
- ・ 精神障害者保健福祉手帳申請（障害者手帳記載事項変更届・再発行申請）

イ 先進事例の調査及びアイデア提案

アで選定した手続きについて、先進事例等を調査し、本市が抱える課題の解決につながる取組について、アイデア提案を行うこととします。

アイデア提案に際しては、課題に対する達成度、導入コスト等から、導入効果の高い先進事例等を調査することとし、実施効果等を踏まえながら優先度を付与したアイデア提案を行うことを想定しています。

なお、アイデア提案に関しては本市でも導入可能なものを対象とします。

※オンライン化のアイデアの検討にあたって考慮すべき現行課題

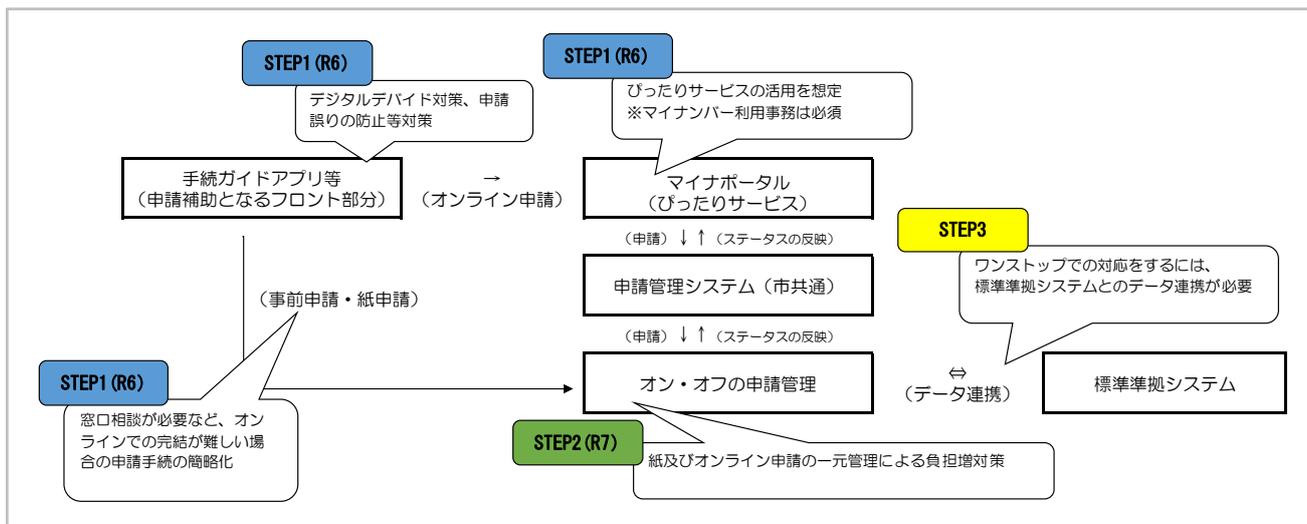
①申請のフロント部分の検討

- ・ 標準準拠システムとのデータ連携を踏まえ、今回の対象業務については、マイナポータルの「ぴったりサービス」を活用する必要がある。
- ・ 障害特性に応じたアクセシビリティの確保が必要。
- ・ 申請書の必須記載項目や選択肢が多いため、記載漏れ等による職員の補記が必要となるケースが多い。（別添、申請書参照）
- ・ （新規申請時など）窓口での案内（申請後の手続きの流れや具体的なサービスの利用方法等）を求められるケースが多い。

②紙及びオンライン申請の申請及びワークフロー管理のシステム検討

- ・ 紙申請とオンライン申請をそれぞれ管理しなければならず区の負担が増える。
※標準準拠システムへの移行後も紙による申請及び窓口での手続きが継続されることを想定しています。

【参考：オンライン化における現行課題のイメージ】



ウ 現行業務における課題整理及び提案

上記アで提示している業務について、ヒアリングやワーキングを通じて課題の抽出及び整理を行います。課題整理を踏まえ、本市が提供する現行業務のフロー（11～1月頃に段階的に提示を予定）をどのように見直すべきかを提案します。また、現行業務フローにおける課題についても客観的視点で調査・分析を行い、見直しに向けたアイデアを提案します。

なお、デジタル技術を活用した見直しに関しては、本市でも導入可能なものを対象とします。

【現行業務フローの想定数】 ※対象3業務の合計

フロー数：45

ページ数：85

エ 課題一覧の作成

イの現行課題及びウで整理した課題を一覧化し、課題の重要性・業務見直しによる効果・影響度・優先順位・課題解決策（アイデア）等を整理した課題一覧を作成します。

オ 実施スキームの提案

上記エにおいて作成した一覧及び本市が別途示す業務見直しタスク（必須事項）について、具体的に業務見直しに向けた実施スキームを検討し、提案します。

また、上記アで整理した手続については令和6年度に実施する実証実験を想定し、オンライン化における現行課題のイメージ図のSTEP2までの範囲について、上記オンライン化後を想定した業務フロー（以下「TOBE業務フロー」という。）を作成することとします。

なお、デジタル技術の活用による改善効果が高い取組を進めるための実施スキームの検討に際しては、区役所における実用性及びデジタルデバインド対策の検討等を目的とした実証実験を行うことを念頭においたものとします。

また、実施スキームについては令和6年度を開始時期とし、標準準拠システム稼働開始を完了時期（令和8年1月頃）としますが、稼働開始時期が変更される場

合には、随時協議するものとします。

カ 庁内ワーキングの開催支援

ア～オの実施に際しては、区福祉保健センター職員の意見を必ず聴取したうえで実施することとします。

なお、意見聴取の場やメンバーについては、本市があらかじめ8月から設定している庁内ワーキンググループを活用することとします。ワーキングの日程の中で、この業務に係る検討を行う場合には、受託者が資料作成や検討課題の選定等の本契約に基づく議題の進行等を行います。また、ワーキングにおける議論を活性化するための創意工夫については、受託者が持つノウハウ等を活用することを想定しています。

《ワーキング実施想定》

内容	実施時期 (オンライン化)	実施時期等 (業務フローを踏まえたもの)
本業務におけるオンライン化検討対象業務の選定	10月	—
先行事例調査結果の報告及びオンライン化におけるアイデア提案	11月	—
現行業務における課題の抽出	12月	—
課題一覧作成（課題抽出）		1月
課題一覧作成（アイデア提案） 先行事例調査結果の報告		2月
実施スキームの提案 TOBE業務フローの作成		3月
最終報告		3月 (実施スキームの提案を踏まえた最終報告)

(3) 業務スケジュール

全体の業務スケジュールは次に示す表を予定しているが、変更や疑義がある場合、受託者は、随時、協議により決定することとします。

《委託業務のスケジュール（予定）》

実施時期	実施内容
8月	本市における庁内ワーキング設置
10月から11月	本業務におけるオンライン化検討対象手続きの選定、先行事例調査及びアイデア提案
12月から2月	現行業務における課題整理及び提案、課題一覧の作成
3月	実施スキームの提案、TOBE業務フローの作成

(4) 成果物

対象事業	成果物	提出時期	内容
① 4 (2) アで選 定した手続き	・オンライン 化検討一覧	10月末	当該委託において優先的にオンライン化検討を実施する手続きを選定します。
	・先行事例調 査結果 ・課題解決の アイデア提案 の一覧	11月下旬	本市がアイデアの活用について検討できよう、実施にかかる期間及び費用等をまとめ、オンライン化検討一覧に整理します。
	・TOBE業務フ ロー	3月	オンライン化を優先的に検討した手続き（10手続程度）についてTOBE業務フローを作成します。
共通	・課題一覧	1月末 (課題一覧) 2月末 (アイデア提案)	課題を一覧化し、重要性・業務見直しによる効果・影響度・優先順位・課題解決策（アイデア）等を整理した一覧を作成します。
	・先行事例調 査結果	2月末	課題一覧とともに新たに報告すべき調査結果があれば報告します。
	・実施スキ ームの提案	3月	デジタル技術を活用した手続きのオンライン化を含めた標準化までの業務見直し計画案等を作成します。
	・庁内ワー キング議事録一 覧等	随時	

障害児通所給付費 支給(変更)申請兼利用者負担額減額・免除等(変更)申請書

新規申請 更新申請 変更申請 ※該当する申請へ「レ」点をつけてください。

(申請先)

横浜市	区長
-----	----

(申請書記入者)		(利用者との関係)	
住所			
氏名		電話	
申請年月日		年	月 日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ				性別	続柄	生年月日
	氏名	<input type="checkbox"/> 本人自署の場合、押印は不要です。			男・女		年 月 日
	住所(居住地)					電話番号	
	個人番号						
利用者	フリガナ				性別		生年月日
	氏名				男・女		年 月 日
	住所(居住地)					電話番号	
	個人番号						
医療保険被保険者証	記号	番号	保険者番号		保険者名称		
身体障害者手帳番号	号		療育手帳番号		号		
精神保健福祉手帳番号	号						

※太ワケ内の必要事項を記入してください。(裏面もあります。)

現在の支給決定状況(障害児通所給付費・障害福祉サービス等)	サービス種類	支給量	支給期間

申請する支援の種類及び内容(変更理由)	
<input type="checkbox"/> 障害児相談支援	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援
<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"/> 保育所等訪問支援
(変更理由)	

私は、以下の内容について同意します。

- 1 障害児通所給付費の支給及び障害児通所支援にあたり利用のあつせん・調整・要請のため必要があるときは、支給決定にかかる調査資料(勘案事項調査票、その他関係資料等)を障害児通所支援を行う施設(事業者)の関係者に提示すること及び施設(事業者)から資料の提供を受けること。
- 2 障害児通所給付費支給にかかる利用者負担の確認にあたり、区役所が利用者本人及び世帯員の所得状況等関係機関に調査すること。
- 3 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、区役所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者に提示すること。

申請者署名欄	<input type="checkbox"/> 本人自署の場合、押印は不要です。
--------	---

■世帯の状況について記入してください。

氏名	生年月日	利用者からみた続柄	16歳未満の扶養親族等の人数	16～18歳の扶養親族等の人数	()年度の市民税の状況		確認
					課税・非課税の別	差引所得割額/年(課税の場合)	
利用者	年 月 日	本人			<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
同一世帯員	年 月 日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	個人番号						
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	個人番号						
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	個人番号						
	年 月 日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
	個人番号						
						【市民税 差引所得割額の合計額】	円

※同一世帯員には、サービスを利用する児童の親が単身赴任等で別世帯である場合も含まれます。

■太ワク内の該当する項目にチェック () してください。

申請する減免の種類	
I 利用者負担上限月額に関する認定について、次の区分の適用を申請します。	
<input type="checkbox"/> 1 生活保護受給世帯の方	
<input type="checkbox"/> 2 市民税非課税世帯の方	※保護者の合計所得金額を記入ください。 _____ 円
<input type="checkbox"/> 3 市民税課税世帯 (所得割28万円未満)の方	※税源移譲前 (6%) の所得割額を用います。
制度・控除の種類	説明・備考
住宅借入金等特別税額控除 (住宅取得控除)	控除前の所得割の額で判定します。
寄附金税額控除 (ふるさと納税等)	
年少・特定扶養控除	当該控除廃止前の所得割の税率で税額を計算します。
寡婦 (夫) 控除のみなし適用	婚姻歴のない父又は母 (事実婚は除く。) が扶養親族又は生計を一にする子を養育していて、所得要件等に該当する場合、税制度の寡婦 (夫) 控除を適用します。(非課税の階層が変わる場合があります。)
II 未就学児の多子軽減措置について、次の区分の適用を申請します。 (※該当する場合は、在園証明書等が必要になる場合があります。)	
<input type="checkbox"/> 1 利用児童が第2子に該当する児童	※兄や姉が利用している幼稚園等がある場合は記入してください。 第1子: _____
<input type="checkbox"/> 2 利用児童が第3子以降に該当する児童	※兄や姉が利用している幼稚園等がある場合は記入してください。 第1子: _____ 第2子: _____
III 生活保護への移行予防措置 (定率負担減免、特例補足給付) に関する認定	
<input type="checkbox"/>	生活保護への移行防止措置 (<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。 ※対象要件 境界層対象者証明書が必要です。

■主治医について記入してください。 ※利用者に主治医がいる場合のみご記入ください

主治医の氏名	医療機関
所在地	電話番号 ()

(区役所確認欄)

確認日	確認者

(受理印)

--

(表)

(介護給付・訓練等給付 地域相談支援給付 地域生活支援事業) 障害福祉サービス等支給申請書

□ 新規申請 □ 更新申請 □ 変更申請

区役所受付印



(申請先) 横浜市 _____ 区長 次のおり申請します。

(※1) 障害者の場合は利用者本人、児童の場合はその保護者を記入してください。 申請年月日 年 月 日

Application form for applicants and children, including fields for name, address, phone number, and insurance information.

Table for service utilization status, including categories like '障害福祉関係サービス' and '介護保険サービス'.

Large table for selecting services to be applied for, categorized by '区分' (District) and 'サービス' (Service).

Declaration section for the applicant, including a statement of agreement and a signature line.

医師意見書依頼先	障害支援区分の認定を要する支給申請を行う場合等（※）は、主治医に医師意見書の作成を依頼します。 ※次のいずれかにあてはまる場合に、記入が必要です。			
	<input type="checkbox"/> 介護給付のサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）にて介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 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。）に入院していて、地域移行支援のサービスを利用したい			
	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地 (住所)	〒 -		電話番号
	医師意見書の送付先を選択してください。 <input type="checkbox"/> 医療機関宛てに直接送付 <input type="checkbox"/> 申請者宛てに送付 <input type="checkbox"/> 入所中のグループホームに送付 <input type="checkbox"/> その他（以下に送付先の詳細を記入してください。）			
	宛名		電話番号	
	住所	〒 -		

認定調査について	※利用者と立会者の双方から聞き取りを行うことが、正確な認定調査のために必要ですので、可能な限り家族や支援職員の立会いをお願いします。			
	調査立会者	氏名		利用者との関係
		連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話番号
	日中の連絡先	<input type="checkbox"/> 上記「調査立会者」と同じ <input type="checkbox"/> 上記「調査立会者」以外		
		連絡先名		
		電話番号		
希望があれば記入してください。	調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 日中活動先 : 電話番号 <input type="checkbox"/> 上記以外 : 電話番号		
	調査曜日	<input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input type="checkbox"/> 金 (2か所以上にチェック☑してください。)		
	調査開始時間	<input type="checkbox"/> 午前 時 <input type="checkbox"/> 午後 時	調査にはおおむね1時間程度かかります。 平日の午前9時から午後4時までの間で、ご希望の時間を記入してください。	

送付先	※受給者証等の送付物を、利用者の居住地とは別の宛先へ送付されることを希望される場合は、送付先をご記入ください。			
	フリガナ		利用者との関係	<input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> その他
	氏名			() ()
住所	〒 -		電話番号	

記入者	申請書を記入した人： <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（以下についてもご記入ください。）			
	氏名		申請者との関係	電話番号
	住所			

<連絡事項等 記載欄>			
(個人番号の提供があった場合にチェック)			
	番号	本人	代理人
申請者			
児童			

(表)
障害福祉サービス等利用者負担額減額・免除等申請書
(特定障害者特別給付費申請書)

区役所受付印

(申請先) 横浜市 _____ 区長

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 (和暦)	年		月	日	年齢(申請日時点) 歳				
	居住地	〒 _____ - _____					電話番号				
合児利 (※の者 場が)	フリガナ										
	児童の氏名										

※ 申請者(及び児童)については、障害福祉サービス等支給申請書のとおりです。
(障害福祉サービス等の支給申請と同時にこの申請をする場合には、チェックしてください。記入を省略できます。)

申請する減免の種類(該当項目にチェック(☑)してください。)

対象者 全員	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯(生活保護決定市区町村名: _____) <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯に属する者 ※療養介護のサービスを利用する場合には、以下の①②のどちらかあてはまる方にチェックしてください。 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: <input type="checkbox"/> ①80万円以下 <input type="checkbox"/> ②80万円を超える <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者	確認
	<input type="checkbox"/> 2 療養介護利用者に対する医療型個別減免に関する認定 療養介護のサービスを利用し、次の条件に該当するため、医療型個別減免を申請します。 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳以上で、市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳未満	確認
該当者 のみ	<input type="checkbox"/> 3 施設入所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(入所施設の食費等軽減措置) 介護給付費の対象となる障害者支援施設に入所し、次の条件に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳以上で、生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳以上で、市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 利用者本人が20歳未満	確認
	<input type="checkbox"/> 4 グループホームの入居者等に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置等) グループホームに入居し、次の条件に該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯	確認
	<input type="checkbox"/> 5 生活保護への移行防止措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行防止措置(<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。 <input type="checkbox"/> 境界層対象者証明書あり	確認

<留意事項>

- 利用者負担額を算定するために、裏面の世帯状況、課税状況等を記載してください。
- 就労継続支援利用者のうち、障害基礎年金を受給している方は、その旨が分かるもの(年金証書の写し等)をこの申請書に添付してください。
- 施設入所者・療養介護利用者の方は、申請者の収入を証明する書類(年金・手当等の受給額が分かるもの、確定申告書等の写し)をこの申請書に添付してください。また、補足給付の申請を行う場合、施設入所の方は必要経費(租税・社会保険料)の額を証明する書類を、グループホームに入居の方は家賃額を証明する書類(利用契約書等の写し)を、この申請書に添付してください。なお、利用者が18歳未満(施設入所者は20歳未満)の場合は世帯員全員分の書類が必要です。
- 記載内容が事実と異なった場合は、後日給付費の返還を求められることがありますので、注意して記載してください。

申立・同意	この申請書の記載事項に間違いのないことを申し立てます。また、介護給付費等支給に係る利用者負担の確認にあたり、利用者本人及び世帯員の所得状況を、区役所福祉保健センターの職員が関係機関へ調査することについて同意します。		
	申請者	(記名押印または自署)	印

送付先	受給者証等の送付物を、利用者の居住地とは別の宛先へ希望される場合は送付先をご記入ください。 (障害福祉サービス等の支給申請と同時にこの申請をする場合には、記入不要です。)			
	氏名	申請者との関係	電話番号	
	住所	〒 _____ - _____		

記入者	申請書を記入した人: <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(以下についてもご記入ください。)			
	氏名	申請者との関係	電話番号	
	住所	〒 _____ - _____		

【裏面もご記入ください。】

(裏)
世帯状況・収入等申告書

1 世帯の状況

- 利用者が18歳以上（施設入所者は20歳以上） → 下記の欄には、申請者本人と配偶者についてご記入ください。
- 利用者が18歳未満（施設入所者は20歳未満） → 下記の欄には、世帯全員の状況をご記入ください。

	氏名	生年月日			申請者からみた続柄	扶養親族等の人数		市民税の課税状況		
		個人番号				16歳未満	16～18歳	年度	課税・非課税の別	差引所得割額/年
申請者					本人	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円	
申請者の配偶者		明・大・昭 平・令	年	月	日	妻・夫	人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
同一世帯員		明・大・昭 平・令	年	月	日		人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
		明・大・昭 平・令	年	月	日		人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
		明・大・昭 平・令	年	月	日		人	人	<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円

※サービスを利用する児童の親が単身赴任等で別世帯である場合は、下記の欄もご記入ください。

氏名	明・大・昭 平・令	年	月	日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税	円
住所									

以下の項目は、施設入所 または 療養介護 のサービスを利用する方のみ、ご記入ください。

2 利用者本人の収入等の状況

- 本人または配偶者のどちらかに市民税が課税されている。 → 記入は以上です。
- 本人及び配偶者がともに市民税が非課税である。 → 下記の項目に進んでください。

利用者本人の 年1月～12月の収入等の状況について、次のとおり申告します。

※それぞれ金額がわかる書類を添付してください。

		【区役所処理欄】
<input checked="" type="checkbox"/>	合計所得金額： 円	(1) 円
<input type="checkbox"/>	年金の収入がある	(2) 円
年金の種類： <input type="checkbox"/> 障害基礎年金（ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級） <input type="checkbox"/> 障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金 <input type="checkbox"/> 老齢年金 <input type="checkbox"/> 障害を事由に支給される労災等による年金（傷病手当金等） <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<input type="checkbox"/>	手当の収入がある	(3) 円
手当の種類： <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> 障害児福祉手当 <input type="checkbox"/> 経過的福祉手当 <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> その他		
<input type="checkbox"/>	工賃、給与の収入がある	(4) 円
<input type="checkbox"/>	在日外国人障害者等福祉給付金の収入がある	(5) 円
<input type="checkbox"/>	仕送りによる収入がある	(6) 円
<input type="checkbox"/>	不動産等の家賃収入がある	(7) 円
<input type="checkbox"/>	その他の収入がある（ ）	(8) 円
<input type="checkbox"/>	期間中に以下の必要経費を支払っている	
<input type="checkbox"/>	社会保険料（健康保険料、介護保険料、雇用保険料、国民年金保険料、厚生年金保険料、小規模企業共済等掛金（生命保険料、個人年金保険料は除く。））	(9) 円
<input type="checkbox"/>	租税（所得税、市民税、県民税、固定資産税、自動車税、軽自動車税）	円

【区処理欄】

- ・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
- ・情報照会（ 要 不要）
- ・地域生活支援事業に係る同意書 要 不要）
- ・(1)の合計所得金額の中に年金所得を（ 含む（ 円） 含まない）

備考欄

確認日	年	月	日
確認者			