


(一)

通所受給者証	
受給者証番号	
通所給付居住地	
氏名	フリガナ
生年月日	
氏名	フリガナ
生年月日	
交付年月日	
市町村番号	141598
支給市町村名及び印	神奈川県相模原市中央区 中央2丁目1番15号 相模原市 

(二)

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	放課後等デイサービス
支給量等	放課後等デイサービス 放課後等デイ加算サポート1 23.08/月
給付決定期間	令和5年10月1日から令和6年9月30日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
予備欄	

(三)

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
予備欄	

(四)

障害児相談支援給付費の支給内容	
支給期間	
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
セルフリプラン	

(五)

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	37,200円
適用期間	令和5年10月1日から令和6年9月30日まで
食事提供体制加算対象者	非該当
適用期間	
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	非該当
特記事項欄	放課後等デイサービスについては、「当該月の日数-8日」を限度に利用可能
予備欄	

(六)

注意事項欄	
1	この証は、全額を上く収入で大切に持つていくください。
2	指定障害児通所支援又は基幹障害児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又は基幹障害児通所支援事業所に提示してください。
3	医療費児童発達支援を受けようとするときは、この証を医療保険の被保険者証及び身体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療機関児童発達支援事業所に提示してください。
4	指定障害児通所支援を受けようとするときは、当該通所給付決定保護者の所持の負担能力その他の事情を記入して後令で定める額（負担割合で定める額が、指定障害児通所支援等に要した費用（食事、光熱費等を除く。）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。なお、基幹該当通所支援を受ける場合は市の窓口にお問い合わせください。
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の窓口に出ししてください。
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、市の窓口はこの証を返して、支給の再申請をしてください。

(七)

注意事項欄	
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あります。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、市の窓口で支給申請をしてください。
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、市の窓口へ届け出てください。
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、この証を交付した窓口にご連絡、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、この証を交付した窓口へ届け出てください。
10	この証を紛失したり、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、紛失したこの証を見つけたときは、速やかに、市の窓口へ返してください。
11	受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市の窓口へ返してください。
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場合があります。
13	給付決定内各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。