

【障害児入所】無償化対象者の受給者証(表記例)

(様式第10号)

(一) 入所受給者証		(二) 入所給付決定の内容		(三) 指定障害児入所施設等の記入欄	
受給者証番号	〇〇市〇〇	入所支援の種別及び内容		指定障害児入所施設等の名称	施設種別
居住地		給付決定期	令和元年7月1日から令和3年6月30日まで	入所日・退所日	施設種別
フリガナ		特定入所障害児食費等給付費の支給内容		入所日	令和 年 月 日
氏名	〇〇 〇〇	支給額		退所日	令和 年 月 日
生年月日	平成10年1月1日	適用期間		入所日	令和 年 月 日
フリガナ		利用者負担に関する事項			
氏名	〇〇 〇〇	負担上限月額	9,300 円		
生年月日	令和元年5月1日	適用期間	令和元年7月1日から令和2年6月30日まで		
交付年月日	令和元年7月1日	特記事項	無償化対象児童(対象期間 令和〇年〇月〇日から令和〇年〇月〇日まで)	(予備欄)	
支給都道府県 の名称及び印	保健福祉事務所長 (電話)			所得区分: 一般1	

更新後も「負担上限月額」欄には、本来の負担上限月額(無償化対象でない)と仮定した場合の世帯の所得に基づく負担上限月額が記載されます。

※令和元年9月30日時点で受給者証が発行されている児童については、更新までこのような表記がされませんが、制度開始当初は生年月日により無償化対象かどうかを判断してください。
※文言については変わる可能性があります。

追記箇所