様式第10の1号（第10条関係）

身体障害者施設訓練等支援　施設受給者証

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ㈠ | | | | | | | ㈡ | | | | | | | | | | ㈢ | | | | |
|  | 施設受給者証 | | | | |  |  | 施設支給決定の内容 | | | | | | | |  |  | 指定身体障害者更生施設等の記入欄 | | |  |
| 受給者 | 番号 |  | | | 身体障害者施設訓練等支援の種類及び内容 | |  | | | | | | 指定身体障害者 更生施設等の名称 | 入所日・退所日 | 施設 確認印 |
| 居住地 |  | | |
|  | 入所日  　　　年 　月 　日 |  |
| 施設訓練等支援費支給期間 | |  | | | | | |
| 退所日  　　　年 　月 　日 |  |
| 身体障害 程度区分 | |  | 変更後の障 害程度区分 | |  | | 市町村認印 |
| フリガナ |  | | |
| 変更 年月日 | | 年　月　日 | |  |  | 入所日  　　　年 　月 　日 |  |
| 氏名 |  | | |
| 利用者負担額 | | 本人 | | 月額　　　　　円 | | | |
| 生年月日 |  | 年　　月　　日 | 男・女 | 退所日  　　　年 　月 　日 |  |
| 扶養義務者 | | 月額　　　　　円 | | | |
| 係る扶養義務者  施設支給決定に | 居住地 |  | | | 年　　月　　日から | | | | | | （予備欄） | | |
| 利用者負担額改定欄 | 本人 | 月額　　　　　円 | | | | 市町村認印 | |
| 氏名 |  | | | 扶養義務者 | 月額　　　　　円 | | | |  | |
| 年　　月　　日から | | | | |
| 交付年月日 | |  | | |
| 本人 | 月額　　　　　円 | | | | 市町村認印 | |
| 扶養義務者 | 月額　　　　　円 | | | |  | |
| 支給市町村名 及び印 | |  | | |
| 年　　月　　日から | | | | |
| 本人 | 月額　　　　　円 | | | | 市町村認印 | |
| 扶養義務者 | 月額　　　　　円 | | | |  | |
| 年　　月　　日から | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |