

(七)

番号		訪問系サービス事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量	月	時間 分
	契約日	年	月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量	月	時間 分
	契約日	年	月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(八)

番号		訪問系サービス事業者記入欄	
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量	月	時間 分
	契約日	年	月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
4	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量	月	時間 分
	契約日	年	月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(九)

番号		訪問系サービス事業者記入欄	
5	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量	月	時間 分
	契約日	年	月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
6	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		
	契約支給量	月	時間 分
	契約日	年	月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(十)

短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計
1		年 月 日から		
		年 月 日まで		
2		年 月 日から		
		年 月 日まで		
3		年 月 日から		
		年 月 日まで		
4		年 月 日から		
		年 月 日まで		
5		年 月 日から		
		年 月 日まで		
6		年 月 日から		
		年 月 日まで		
7		年 月 日から		
		年 月 日まで		

(十一)

短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計
8		年 月 日から		
		年 月 日まで		
9		年 月 日から		
		年 月 日まで		
10		年 月 日から		
		年 月 日まで		
11		年 月 日から		
		年 月 日まで		
12		年 月 日から		
		年 月 日まで		
13		年 月 日から		
		年 月 日まで		
14		年 月 日から		
		年 月 日まで		

(十二)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・就労選択支援事業者記入欄		
番号	事業者及びその事業所の名称	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(十三)

療養介護・共同生活援助・ 施設入所支援事業者記入欄		
番号	事業者及びその 事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日
1		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
就労定着支援・自立生活援助 事業者記入欄		
番号	事業者及びその 事業所の名称	利用開始日 利用終了日
1		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
予備欄		

(十四)

注意事項欄
1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。 2 サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者 者に提示してください。 3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保 険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添え て、指定療養介護事業所に提示してください。 4 サービス等を受けるときに支払う金額は、サービス 等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の1割で す。ただし、六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(個別減免等の認定を 受けた場合には減免後の額が表示されています。)。 また、食事等に要する費用について、特定障がい者特 別給付費欄に記載する額を一日当たりの上限として支 給します。なお、基準該当障がい福祉サービスを受け る場合等は春日井市障がい福祉課にお問い合わせく ださい。 5 負担上限月額及び特定障がい者特別給付費につ いては、毎年利用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 春日井市障がい福祉課に提出してください。 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支 給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前 に、春日井市障がい福祉課にこの証を添えて、支給の 再申請をしてください。

(十五)

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できます。また、他の種類のサービ スを受ける必要がある場合は、春日井市障がい福祉課 に支給申請をしてください。(サービスの種類によっ ては、障がい支援区分の(変更)認定を受ける必要があり ます。) 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったとき は、14日以内に、この証を添えて春日井市障がい福 祉課にその旨を届け出てください。 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、 事前に、春日井市障がい福祉課にご連絡、ご相談く ださい。 また、支給決定期間内に、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、春 日井市障がい福祉に届け出てください。 10 この証を破損したり、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、紛失したこの証を発見した ときは、速やかに春日井市障がい福祉課に返してく 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 春日井市障がい福祉課に返してください。 12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処 罰されることがあります。 13 支給決定の内容欄に記載されていないサービスに ついての支給は受けられません。