データ項目ID		データ項目	グループ			データ型	桁数	コード	繰り返し	データ出力条件	項目定義	項目説明	実装類型				
			名称	主キー	外部キー								障害者福祉	障害者総合支援	審査会	請求審査	特別児童扶養手当
022	00700	独自助成対象者区分コード	障害福祉サービス申請決定情報			X	1			任意	独自助成対象の該非（0：非該当　1：該当）		◎	◎	×	×	×
022	00701	介護保険給付対象者有無	障害福祉サービス申請決定情報			X	1			任意	介護保険給付対象者の有無（0：無、1：有）		◎	◎	×	×	×
022	00702	重度包括支援対象者有無	障害福祉サービス申請決定情報			X	1			任意	重度包括支援対象の有無（0：無、1：有）		◎	◎	×	×	×
022	00703	国庫負担基準単位集計区分コード	障害福祉サービス申請決定情報			X	1	023		任意	平成18年厚生労働省告示第五百三十号「厚生労働大臣が定める障害福祉サービス費等負担対象額に関する基準等」の第二号（7）の（一）、（二）、（三）、または（8）に該当する者の区分		◎	◎	×	×	×
022	00704	公費負担者番号	障害福祉サービス申請決定情報			X	8			任意	療養介護医療公費負担者番号	療養介護利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00705	公費受給者番号	障害福祉サービス申請決定情報			X	7			任意	療養介護医療公費受給者番号	療養介護利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00706	医療部分負担上限月額適用期間開始日	障害福祉サービス申請決定情報			DATE	10			任意	療養介護医療部分負担上限月額適用期間の開始年月日	療養介護利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00707	医療部分負担上限月額適用期間終了日	障害福祉サービス申請決定情報			DATE	10			任意	療養介護医療部分負担上限月額適用期間の終了年月日	療養介護利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00708	医療部分負担上限月額	障害福祉サービス申請決定情報			S9	15			任意	療養介護医療部分の月に負担する上限額	療養介護利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	04530	PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額	障害福祉サービス申請決定情報			S9	15			任意	PMH連携用独自上乗せ後の療養介護医療部分の月に負担する上限額	療養介護利用する場合は出力すること	○	○	×	×	×
022	04586	PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率	障害福祉サービス申請決定情報			9V	3,2			任意	PMH連携用独自上乗せ後の療養介護医療部分の負担率	療養介護利用する場合は出力すること	○	○	×	×	×
022	00709	保険者番号	障害福祉サービス申請決定情報		○	X	8			任意	被保険者証の保険者番号（医療保険者マスタ情報の保険者番号）	生活保護受給者以外で、療養介護利用する場合は出力すること	○	○	×	×	×
022	04485	加入医療保険記号番号枝番	障害福祉サービス申請決定情報			N	42			任意	加入医療保険の記号・番号・枝番		○	○	×	×	×
022	04486	加入医療保険資格取得日	障害福祉サービス申請決定情報			DATE	10			任意	加入医療保険の資格取得日		○	○	×	×	×
022	04487	加入医療保険資格喪失日	障害福祉サービス申請決定情報			DATE	10			任意	加入医療保険の資格喪失日		○	○	×	×	×
022	00713	医療機関事業所番号	障害福祉サービス申請決定情報			X	10			任意	療養介護医療を実施する医療機関の事業所番号	・障害福祉サービス事業所情報の事業所番号を設定する。 ・療養介護利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00714	食費負担限度額	障害福祉サービス申請決定情報			S9	15			任意	療養介護医療利用時の食事負担額	療養介護利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00715	医療受給者証交付日	障害福祉サービス申請決定情報			DATE	10			任意	療養介護医療受給者証交付日	療養介護利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	04331	その他生活費	障害福祉サービス申請決定情報			S9	15			任意	その他生活費		○	○	×	×	×
022	04332	認定収入額	障害福祉サービス申請決定情報			S9	15			任意	認定収入額		○	○	×	×	×
022	04333	食費負担限度額（日額）	障害福祉サービス申請決定情報			S9	15			任意	食費負担限度額（日額）		○	○	×	×	×
022	04334	福祉部分の日額単位数	障害福祉サービス申請決定情報			S9	8			任意	福祉部分の日額単位数		○	○	×	×	×
022	04335	医療部分の月額医療費	障害福祉サービス申請決定情報			S9	15			任意	医療部分の月額医療費		○	○	×	×	×
022	00716	計画作成者コード	障害福祉サービス申請決定情報			X	1	057		任意	サービス利用計画作成者の区分		◎	◎	×	×	×
022	00717	計画相談支援有無	障害福祉サービス申請決定情報			X	1			任意	計画作成者の有無（0：無、1：有）		◎	◎	×	×	×
022	00718	計画相談支援事業所番号	障害福祉サービス申請決定情報			X	10			条件付き必須	計画相談支援を行う事業所番号	※※02200716が1の場合	◎	◎	×	×	×
022	00719	計画相談支援有効期間開始日	障害福祉サービス申請決定情報			DATE	10			条件付き必須	計画相談支援有効期間の開始年月日	※※02200717が1の場合	◎	◎	×	×	×