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	00963	上限額管理事業所番号	障害児支援申請決定情報			X	10			任意	上限額管理を行う事業所番号	障害福祉サービス事業所情報の事業所番号を設定する。	◎	◎	×	×	×
022	00964	上限額管理有効期間開始日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			任意	上限額管理有効期間の開始年月日	上限額管理事業所が設定されている場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00965	上限額管理有効期間終了日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			任意	上限額管理有効期間の終了年月日	上限額管理事業所が設定されている場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00966	独自助成対象者区分コード	障害児支援申請決定情報			X	1			任意	独自助成対象の該非（0：非該当　1：該当）		◎	◎	×	×	×
022	00967	上限額管理対象者（複数障害児）の有無	障害児支援申請決定情報			X	1			任意	上限額管理対象者（複数障害児）の有無（0：無、1：有）		○	○	×	×	×
022	00968	合算対象受給者証番号	障害児支援申請決定情報			X	10		5	任意	合算対象受給者証番号		○	○	×	×	×
022	00969	公費負担者番号	障害児支援申請決定情報			X	8			任意	肢体不自由児通所医療公費負担者番号	肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00970	公費受給者番号	障害児支援申請決定情報			X	7			任意	肢体不自由児通所医療公費受給者番号	肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00971	医療部分負担上限月額適用期間開始日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			任意	肢体不自由児通所医療部分負担上限月額適用期間の開始年月日	肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00972	医療部分負担上限月額適用期間終了日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			任意	肢体不自由児通所医療部分負担上限月額適用期間の終了年月日	肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00973	医療部分負担上限月額	障害児支援申請決定情報			S9	15			任意	肢体不自由児通所医療部分の月に負担する上限額	肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	04531	PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額	障害児支援申請決定情報			S9	15			任意	PMH連携用独自上乗せ後の肢体不自由児通所医療部分の月に負担する上限額	肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	○	○	×	×	×
022	04587	PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率	障害児支援申請決定情報			9V	3,2			任意	PMH連携用独自上乗せ後の肢体不自由児通所医療部分の負担率	肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	○	○	×	×	×
022	00974	保険者番号	障害児支援申請決定情報		○	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、肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	○	○	×	×	×
022	04500	加入医療保険記号番号枝番	障害児支援申請決定情報			N	42			任意	加入医療保険の記号・番号・枝番		○	○	×	×	×
022	04501	加入医療保険資格取得日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			任意	加入医療保険の資格取得日		○	○	×	×	×
022	04502	加入医療保険資格喪失日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			任意	加入医療保険の資格喪失日		○	○	×	×	×
022	00978	医療機関事業所番号	障害児支援申請決定情報			X	10			任意	肢体不自由児通所医療を実施する医療機関の事業所番号	肢体不自由児通所医療を利用する場合は出力すること	◎	◎	×	×	×
022	00979	医療受給者証交付日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			任意	肢体不自由児通所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	04336	その他生活費	障害児支援申請決定情報			S9	15			任意	その他生活費		○	○	×	×	×
022	04337	認定収入額	障害児支援申請決定情報			S9	15			任意	認定収入額		○	○	×	×	×
022	04338	食費負担限度額（日額）	障害児支援申請決定情報			S9	15			任意	食費負担限度額（日額）		○	○	×	×	×
022	04339	福祉部分の日額単位数	障害児支援申請決定情報			S9	8			任意	福祉部分の日額単位数		○	○	×	×	×
022	04340	医療部分の月額医療費	障害児支援申請決定情報			S9	15			任意	医療部分の月額医療費		○	○	×	×	×
022	00980	計画作成者コード	障害児支援申請決定情報			X	1	057		任意	障害児相談支援計画作成者の区分		◎	◎	×	×	×
022	00981	障害児相談支援有無	障害児支援申請決定情報			X	1			任意	障害児相談支援の有無（0：無、1：有）		◎	◎	×	×	×
022	00982	障害児相談支援事業所番号	障害児支援申請決定情報			X	10			条件付き必須	障害児相談支援を行う事業所番号	※※02200980が1の場合	◎	◎	×	×	×
022	00983	障害児相談支援有効期間開始日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			条件付き必須	障害児相談支援有効期間の開始年月日	※※02200981が1の場合	◎	◎	×	×	×
022	00984	障害児相談支援有効期間終了日	障害児支援申請決定情報			DATE	10			条件付き必須	障害児相談支援有効期間の終了年月日	※※02200981が1の場合	◎	◎	×	×	×