

四日市市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年12月14日

四日市市長 田中俊行

四日市市規則第61号

四日市市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則

四日市市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成24年四日市市規則第38号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>（計画相談支援給付費の支給申請等）</p> <p>第15条 法第51条の17に規定する計画相談支援給付費の支給申請は、<u>計画相談支援給付費支給申請書（第20号様式）及び計画相談支援依頼（変更）届出書</u>により行うものとする。</p> <p>2から4まで （略）</p> <p>5 第13条に規定するサービス等利用計画案を作成する事業所変更に係る届出は、<u>計画相談支援依頼（変更）届出書（第24号様式）</u>により行うものとする。</p>	<p>（計画相談支援給付費の支給申請等）</p> <p>第15条 法第51条の17に規定する計画相談支援給付費の支給申請は、<u>計画相談支援給付費支給申請書（第20号様式）</u>により行うものとする。</p> <p>2から4まで （略）</p> <p>5 第13条に規定するサービス等利用計画案を作成する事業所変更に係る届出は、<u>計画相談支援依頼変更届出書（第24号様式）</u>により行うものとする。</p>

第7号様式及び第8号様式を次のように改める。

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

四日市市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号:			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		続柄		
	氏名	個人番号:	生年月日	年 月 日	
居住地		〒			
		電話番号			
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)					有・無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6 非該当	有効期間	
	利用中のサービスの種類と内容等						
介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護 1 2 3 4 5			
	利用中のサービスの種類と内容等						

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他		<input type="checkbox"/> 居宅介護	/	※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所と外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載する。
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		
		<input type="checkbox"/> 同行援護		
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 短期入所		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
			<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設)	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
居住系			<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)※	
地域相談支援		<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、四日市市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 ※	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって、入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する 減免の 種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才)
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才)
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

世帯状況・収入申告書

四日市市長

申告年月日 年 月 日
 申告者（保護者）住所
 （保護者）氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	個人番号	市町村民税の状況
申請者					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

（以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収 入 の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名		申請者 との関係	
住所	〒 電話番号		

（記入上の注意）

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

（障害福祉課）

第14号様式を次のように改める。

特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費支給申請書

【 年 月分】

四日市市長

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）の支給を申請します。

フリガナ			障害福祉サービス受給者証番号			
申請者氏名						
	個人番号:			地域相談支援受給者証番号		
申請者生年月日	年 月 日					
居住地						
フリガナ			生年月日	年 月 日	続柄	
支給決定に係る児童氏名						
個人番号:						
特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費請求額						円

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ氏名		申請者との関係	
住所	〒		
	電話番号		

上記に関する（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他
			口座番号			
	金融機関コード	店舗コード				
	フリガナ					
	口座名義人					

（注意）この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考

第18号様式を次のように改める。

第20号様式を次のように改める。

計画相談支援給付費支給申請書

四日市市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号:			
居住地	〒			
電話番号				
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号:		続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者 との関係	
氏名			
住所	〒		
電話番号			

提出先 障害福祉課

第 2 4 号様式を次のように改める。

計画相談支援依頼（変更）届出書

四日市市長

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒		
		電話番号		
申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号:	続柄		
		電話番号		

計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所	
フリガナ	
事業所名	
住所	〒
電話番号	

指定特定相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 年 月 日

第 28 号様式を次のように改める。

第 号
年 月 日

様

四日市市長 印

指定特定相談支援事業者指定通知書

年 月 日付けで申請のあった指定特定相談支援事業者の指定については、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の20第1項に基づき、下記のとおり決定したので通知します。

記

指定を決定します。

事業者名

事業所名

所在地

事業所番号

指定年月日

有効期間

種類

第32号様式を次のように改める。

第32号様式

自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）										
※1										
障害者 児	フリガナ			性別	男・女	年齢	歳	生年月日		
	受診者氏名							年 月 日		
	フリガナ						電話番号			
	受診者住所									
	個人番号									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ						受診者との関係			
	保護者氏名									
	フリガナ						電話番号			
	保護者住所								※受診者本人と異なる場合記入してください。	
	保護者個人番号									
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号			保険者名						
	受診者と同一保険の加入者									
	受診者と同一保険の加入者個人番号									
	該当する所得区分※2	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続※3		該当 ・ 非該当				
身体障害者手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号							
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名					所在地・電話番号				
受給者番号 ※4										
治療方針の変更※5	有 ・ 無		診断書の添付※5		有 ・ 無					
<p>四日市市長</p> <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 印 ※6</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>										

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
 ※2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※4 再認定または変更の方のみ記入。
 ※5 変更申請の場合のみ記入のこと。
 ※6 申請者氏名については、署名押印とすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続	該当 ・ 非該当	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上		重度かつ継続	該当 ・ 非該当	
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					

第 3 7 号様式を次のように改める。

第 3 7 号様式

自立支援医療受給者証等記載事項変更届 (育成・更生・精神通院)			
受 診 者	フリガナ		性別
	氏 名		男・女
	フリガナ		
	住 所		
	個人番号		
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		受診者との関係
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所		
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)		
身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号			
備 考			
<p>四日市市長</p> <p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>届出者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			

※ 自己負担上限額 (所得区分及び重度かつ継続該当・非該当) 及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書 (変更) に記載すること。

第40号様式を次のように改める。

補装具費（購入・修理）支給申請書

年 月 日				
四日市市長 (申請者) 住 所 氏 名 個人番号 対象者との続柄 電 話 ー				
次のとおり補装具費の支給申請（購入・修理）をします。				
対象者	住 所			
	フリガナ 氏 名			
	(個人番号)			
生年月日	年 月 日	電 話	ー	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日
	障害種別			障害等級
疾患名				
購入・修理を受ける 補装具名				
判定予定日				
希望する 補装具 業者	名 称			
	所在地			
	電 話	FAX		
該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上			
生活保護への移行 予防措置に関する 認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			

添付書類：世帯状況・所得状況等のわかる書類（*同意がある場合は省略可能）

その他市長が必要と認める書類

障害福祉課

第43号様式を次のように改める。

補装具費支給判定依頼書

様

四日市市社会福祉事務所長

印

下記の者に対する判定を依頼する。

記

氏 名			生年月日	
住 所				
手 帳	交付年月日		番号	
医療保険名				
長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む）				
家族関係				
育成・職業歴				
障害に関する既往歴			最近5年間の補装具 交付・修理状況	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
現在受療中の医療機関名				
判定依頼事項			通所、巡回、在宅	

第45号様式から第47号様式までを次のように改める。

補装具費支給助言依頼書

様

四日市市社会福祉事務所長 印

下記の者に対する助言を依頼する。

記

氏名			生年月日	
住所				
手帳	交付年月日		番号	
医療保険名				
長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む）				
家族関係				
育成・職業歴				
障害に関する既往歴			最近5年間の補装具 交付・修理状況	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
現在受療中の医療機関名				
助言依頼事項			通所、巡回、在宅	

様

補装具費支給決定通知書

四日市市長 印

補装具費の支給について、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第76条第1項の規定に基づき次のとおり決定しましたので通知します。

利用者	住 所	四日市市					
	氏 名						
	生年月日	年 月 日	性別		電話		
児童	住 所	四日市市					
	氏 名						
	生年月日	年 月 日	性別		電話		
支給番号		号	支給決定日		年 月 日		
決定内容		決定理由					
補装具業者	名 称						
	所在地						
	電 話		FAX 番号				
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円		円		円	
月額負担上限額				超過利用者負担額			
円				円			
<p>教示事項</p> <p>この処分について不服がある場合には、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に市長に対して異議申立てをすることができます。</p> <p>この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた翌日から起算して6か月以内に限り、四日市市を被告として(訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。)提起することができます。(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)</p> <p>また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます。(なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)</p>							

補装具費支給券

支給券番号		第	号	支給決定日	年	月	日
利用者	氏名			生年月日	年	月	日
	住所						
児童	氏名			生年月日	年	月	日
	住所						
補装具の名称				修理部位			
処方							
補装具業者	名称						
	所在地						
	電話			FAX 番号			
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円		円		円	
月額負担上限額			超過利用者負担額				
円			円				
上記のとおり決定する。							
年 月 日				四日市市長 印			
検査	検査 年月日	年	月	日	検査員	印	
受領	受領 年月日	年	月	日	受領印	印	本人との関係

補装具費の受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任者	印
受任者	印

第50号様式及び第51号様式を次のように改める。

第 号
年 月 日

特例補装具費支給判定（助言）依頼書

様

四日市市社会福祉事務所長 印

下記の者に対する判定（助言）を依頼する。

記

氏名			生年月日		
住所					
手帳	交付年月日		番号		
医療保険名					
長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む）					
家族関係					
育成・職業歴					
障害に関する既往歴			最近5年間の補装具 交付・修理状況		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
			年 月		
現在受療中の医療機関名					
判定依頼事項			通所、巡回、在宅		

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

四日市市長

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法									
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	制度										受給者証番号・被保険者証番号									
	個人番号:																			
生年月日	年 月 日																			
居住地	〒										電話番号									
フリガナ											続柄									
支給決定に係る児童氏名											生年月日 年 月 日									
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額										申請に係るサービス利用月										
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額										年 月 分										
同一世帯に属する他の 支給決定障害者	氏名										生年月日									
											①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法									
	個人番号:										制度									
											受給者証番号・被保険者証番号									
個人番号:																				
個人番号:																				
個人番号:																				

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

(注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 出張所			種目	口座番号						
	金融機関コード			店舗コード				1 普通預金						
							2 当座預金							
							3 その他							
フリガナ														
口座名義人														

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)												
フリガナ							申請者 との関係						
氏名													
住所	〒						電話番号						

第53号様式を次のように改める。

申請内容変更届出書

四日市市長

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給決定障害 者(保護者)氏名	個人番号:		
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 児童氏名	個人番号:	生年 月日	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等(本人) <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		本人と の関係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

変更事項 (該当に○を してください。)	支給決定障害者等 に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 に関する事	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※ 変更した内容を証する書類を添付すること。

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(健康福祉部障害福祉課)