

四日市市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和3年3月31日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第30号

四日市市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

四日市市児童福祉法施行細則（平成24年四日市市規則第46号）の一部を次のように改正する。

第8号様式を次のように改める。

四日市市長

同 意 書

1. 私は、児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）に基づく児童通所給付費の支給認定申請にあたり、私及び世帯を同一にする世帯員の所得及び課税の状況を市が調査することについて同意します。
2. 私は、法第21条の5の7に基づく児童通所給付等の支給要否決定を行うにあたり、申請児童の医療機関、保健所、児童相談所等、他機関での相談結果および内容を、四日市市が調査し、情報提供を受けることについて同意します。

住所

氏名

氏名

（注）氏名欄には、申請者及び世帯の生計中心者の署名又は記名押印をお願いします。

第10号様式を次のように改める。

(一)		(二)		(三)	
通所受給者証		児童通所給付費の給付決定内容		児童通所給付費の給付決定内容	
受給者証番号		支援の種類		支援の種類	
通所給付決定保護者	居住地	支給量等		支給量等	
	フリガナ	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	氏名	支援の種類		支援の種類	
	生年月日	支給量等		支給量等	
児童	フリガナ	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	氏名	予備欄		予備欄	
生年月日	年 月 日				
交付年月日	年 月 日				
支給市町村名 及び 印					

(四)

児童相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

(五)

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	円
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
	事業者及びその事業所の名称	
1	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援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	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
3	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
	4	事業者及びその事業所の名称
支援の内容		
契約支給量		
契約日		年 月 日
当該契約支給量による支援提供終了日		年 月 日
支援提供終了月中の終了日までの既提供量		
5	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援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	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

注意事項欄
<p>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。</p> <p>2 指定通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 医療型児童発達支援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肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、五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)。なお、基準該当通所支援を受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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市町村に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは児童通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p>

注意事項欄
<p>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、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。</p> <p>8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、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、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。</p> <p>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、速やかに市町村に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。</p> <p>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。</p> <p>13 支給決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、児童通所給付費等の支給は受けられません。</p>

第15号様式及び第16号様式を次のように改める。

高額児童通所給付費支給申請書

四日市市長

次のとおり関係書類を添えて高額児童通所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 (給付決定保護者等氏名)	(個人番号)	制度	受給者証番号・被保険者証番号									
生年月日	年 月 日											
居住地	〒 電話番号											
フリガナ		続柄										
給付決定に係る 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												
同一世帯に属する他の	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)											

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 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。

高額児童通所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 農協	本店 支店 支所 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	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

高額児童通所給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日

様

四日市市長

印

年 月 日に申請のありました高額児童通所給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

給付決定保護者 氏名		受給者 証番号											
給付決定に係る 児童氏名													

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給の理由			

振込先	金融機関											
	口座種目											
	口座番号	※	※	※	※							
	口座名義人											

不服申立て及び取消訴訟

【高額児童通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、三重県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に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、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第31号様式を次のように改める。

第31号様式（第18条関係）

年 月 日

四日市市長

住所

氏名

(個人番号)

費用徴収額変更申請書

障害福祉サービス、助産の実施、母子保護の実施に要する費用について、以下の理由により徴収額の変更を申請します。

住 所	
氏 名	
サ ー ビ ス 名	障害福祉サービス・助産の実施・母子保護の実施
理 由	

添付書類

○申請事由が明らかになる書類等

第 39 号様式を次のように改める。

受付番号	
------	--

指定障害児相談支援事業者指定（更新）申請書

年 月 日

四日市市長

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

児童福祉法に規定する指定障害児相談支援事業者に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ									
	名称									
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —)							
	法人である場合その種別					法人所轄庁				
	連絡先		電話番号		FAX番号					
	代表者の氏名・生年月日・職		フリガナ		生年月日		職名			
	代表者の住所		(郵便番号 —)							
事業の種別 (更新)を受けようとする	フリガナ									
	名称									
	事業所の所在地		(郵便番号 —)							
	事業の種類		実施事業		指定(更新)申請をする事業の事業開始(更新)予定年月日		様式		備考	
	障害児相談支援事業						付表			
既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号									指定年月日	
既に地域相談支援事業(地域移行支援)の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号									指定年月日	
既に地域相談支援事業(地域定着支援)の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号									指定年月日	
介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号									指定年月日	
介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。										
事業所番号									指定年月日	

(備考)

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄には、今回申請をする相談支援事業の種類に「○」を記載してください。

第42号様式及び第43号様式を次のように改める。

第42号様式(第23条関係)

指定障害児相談支援事業所に係る変更届出書

年 月 日

四日市市長

住所
事業者 (所在地)

氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号									
指定内容を変更した事業所		名称									
		所在地									
変更があった事項		変更の内容									
		(変更前)					(変更後)				
1	事業所の名称										
2	事業所の所在地										
3	申請者の名称										
4	主たる事務所の所在地										
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名										
6	定款、寄附行為等及びその登記事項証明書又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)										
7	事業所の平面図										
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
9	相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴										
10	運営規程										
11	請求に関する事項										
12	役員の氏名、生年月日及び住所										
変更年月日		年 月 日									

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

第43号様式(第23条関係)

指定障害児相談支援事業に係る再開・廃止・休止届出書

年 月 日

四日市市長

事業者 住所
(所在地)

氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しました(廃止・休止します)ので届け出ます。

	事業所番号								
再開した(廃止・休止しようとする)事業所	名 称								
	所 在 地								
再開した(廃止・休止しようとする)年月日	年 月 日								
廃止・休止しようとする理由									
現に指定障害児相談支援を受けている者に対する措置 (廃止・休止しようとする場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日								

- (注)1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 再開の日から10日以内に届け出てください。
- 3 廃止・休止の日の1月前までに届け出てください。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行前に、改正前の四日市市児童福祉法施行細則の規定に基づいて作成した申請書その他の用紙は、当分の間、これを使用することができる。

(こども未来部こども発達支援課)