

掛川市規則第19号

掛川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制定する。

平成26年3月26日

掛川市長

(別紙)

掛川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

掛川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18年掛川市規則第38号）の一部を次のように改正する。

第4条（見出しを含む。）中「障害程度区分」を「障害支援区分」に、「障害程度区分認定通知書」を「障害支援区分認定通知書」に改める。

第7条第2項中「障害程度区分」を「障害支援区分」に、「障害程度区分変更認定通知書」を「障害支援区分変更認定通知書」に改める。

様式第1号及び様式第2号を次のように改める。

様式第1号（第3条、第15条、第25条の2関係）

（表面）

介護給付費等（特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費）支給（利用者負担額減免等）申請書  
 年 月 日

（あて先）掛川市長  
 次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名			生 年 月 日	年 月 日
	居住地	〒		電話番号	
	フリガナ 支給申請に係る児童氏名			生 年 月 日	続柄 年 月 日
	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
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援（B型）サービスの申請者）					有・無
被保険者証の記号番号				保険者名	

（注）「被保険者証の記号番号」欄及び「保険者名」欄は、療養介護を申請する場合のみ記載してください。

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 1 2 3 4 5 6	有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等					
介護保険		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					
申請するサービスの種類等	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	/				
		<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）					
<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）							
居住系	<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						

(裏面)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(注) 「主治医」欄は、介護給付費又は地域移行支援（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。）を申請する場合のみ記載してください。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 当てはまるものに○を付けてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。 1 生活保護受給世帯 2 市民税非課税世帯に属する者であって、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 3 市民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市民税課税世帯（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 下記のいずれにも当てはまるため、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（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	(20歳未満の方) 療養介護利用者（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者に対する特定障害者特別給付費（食費等軽減措置）に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費（食費等軽減措置）を申請します。	
	(20歳以上の方) 1 施設入所者（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	(20歳未満の方) 施設入所者（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入所者に対する特定障害者特別給付費（家賃軽減措置）に関する認定 市民税非課税世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費（家賃軽減措置）を申請します。	
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）を申請します。		

(注)

- 1 いずれも事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 18歳（施設入所者にあつては、20歳）以上の障害者の世帯の範囲は、障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者です。
- 3 IIIの対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設又は特定旧法指定施設）です。

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		

（表面）

障害支援区分認定通知書

第 号  
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

年 月 日に提出された介護給付費（訓練等給付費・特例介護給付費・特例訓練等給付費）の支給申請に基づき、次のとおり障害支援区分の認定をしたので通知します。

氏 名		認定年月日	
障害支援区分	区分（ ）	非該当	
	理由		
障害支援区分の認定の有効期間			

（裏面）

（注）

- 1 障害支援区分の結果及び申請者のサービスの利用意向を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。
- 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。
- 3 認定結果等について不明な点がある場合は、掛川市 課まで御連絡ください。
- 4 この決定に不服がある場合は、この決定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、静岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 5 処分の取消しの訴えは、4の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、掛川市を被告として提起することができます（この訴訟において掛川市を代表する者は、掛川市長となります。）。
- 6 処分の取消しの訴えは、4の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することはできないこととされていますが、次のいずれかに該当する場合は、裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
  - (2) 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。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

様式第3号表面中 「

障害程度区分		障害程度区分の有効期間
--------	--	-------------

」 を

「

障害支援区分		障害支援区分の有効期間
--------	--	-------------

」 に改める。

様式第4号（その1）を次のように改める。

様式第4号(その1) (第5条関係)  
(一)

障害福祉サービス受給者証	
受給者証番号	
支給決定障害者等	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日
児童	フリガナ
	氏名
生年月日	年 月 日
障害種別	1 2 3
交付年月日	年 月 日
支給市町村名及び印	

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(三)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで

(四)

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(五)

計画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	
指定特定相談支援事業所名		
モニタリング期間		
予備欄		
特定障害者特別給付費の支給内容		
施設入所支援	支給額	円/日
	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	支給額	円/月
	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄		

(六)

利用者負担に関する事項			
利用者負担割合(原則)	1割	利用者負担上限月額	
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			
利用者負担額上限額管理事業所名			
特記事項欄			
予備欄			



(七)

支給量変更の記載 (1)	
サービス種別	支給量等
	期間
	期間
	期間
	期間

(八)

支給量変更の記載 (2)	
サービス種別	支給量等
	期間
	期間
利用者負担上限月額・特別給付費等変更欄	
金額	適用期間
負担上限月額	
負担上限月額	
補足給付費	
補足給付費	
変更前の障害支援区分の記載欄	
障害支援区分	有効期間

(九)

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	事業者確認印
	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	事業者確認印
	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	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	事業者確認印
	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)

番号	訪問系サービス事業者記入欄		
	4	事業者及びその事業所の名称	
サービス内容		事業者確認印	
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	事業者確認印
	サービス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		
	サービス内容	事業者確認印	
	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	事業者確認印
	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	事業者確認印	
	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	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(十一)

注 意 事 項	
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	指定障害福祉サービス等又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所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	指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、指定障害福祉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、特定障害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、基準該当障害福祉サービス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。
5	負担上限月額及び特定障害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市町村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、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

(十二)

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、他の種類の障害福祉サービス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（サービスの種類によっては、障害支援区分の（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、この証を添えて市町村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、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。
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。
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。
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障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。

(十三)

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	事業者確認印
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			
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			

(十四)

番号	生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援事業者		
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容	事業者確認印	
	契約支給量( /月)	日	事業者確認印
	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	事業者確認印
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	事業者確認印	
	契約支給量( /月)	日	事業者確認印
	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	事業者確認印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容	事業者確認印	
	契約支給量( /月)	日	事業者確認印
	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	事業者確認印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			

(十五)

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者の名称	入所(居)日 退所(居)日	事業者確認印
1		入所(居) 日 年 月 日	
		退所(居) 日 年 月 日	
2		入所(居) 日 年 月 日	
		退所(居) 日 年 月 日	
予備欄			
受給者番号： 氏名：			

様式第6号を次のように改める。

（表面）

介護給付費等支給決定（地域相談支援給付決定・利用者負担額減免等）変更申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	生 年 月 日		受 給 者 証 番 号			
	氏 名	年 月 日					
	居 住 地	電 話 番 号					
	フリガナ	生 年 月 日		続 柄			
	支給申請に係る児童氏名	年 月 日					
	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				
	被保険者証の記号番号	保険者名					

（注）「被保険者証の記号番号」欄及び「保険者名」欄は、療養介護を申請する場合のみ記載してください。

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	1	2	3	4	5	6	有効期間												
		利用中のサービスの種類と内容等																					
介護保険	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																					
変更の理由																							
変更を申請する	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																
サービス中の活動の種類等	訪問系・その他	/																					
													□ 居宅介護					/					
													□ 重度訪問介護										
													□ 同行援護										
													□ 行動援護										
													□ 短期入所										
サービス中の活動の種類等	居住系	□ 療養介護					□ 自立訓練（機能訓練）																
		□ 生活介護					□ 自立訓練（生活訓練）																
		/					□ 宿泊型自立訓練																
							□ 就労移行支援																
							□ 就労移行支援（養成施設）																
							□ 就労継続支援（A型）																
/					□ 就労継続支援（B型）																		
					□ 施設入所支援					□ 共同生活援助（グループホーム）													

(裏面)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(注) 「主治医」欄は、介護給付費を申請する場合のみ記載してください。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 当てはまるものに○を付けてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。 1 生活保護受給世帯 2 市民税非課税世帯に属する者であって、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 3 市民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市民税課税世帯（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 下記のいずれにも当てはまるため、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（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	(20歳未満の方) 療養介護利用者（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者に対する特定障害者特別給付費（食費等軽減措置）に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費（食費等軽減措置）を申請します。	
	(20歳以上の方) 1 施設入所者（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	(20歳未満の方) 施設入所者（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入所者に対する特定障害者特別給付費（家賃軽減措置）に関する認定 市民税非課税世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費（家賃軽減措置）を申請します。	
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）を申請します。		

(注)

- 1 いずれも事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 18歳（施設入所者にあつては、20歳）以上の障害者の世帯の範囲は、障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者です。
- 3 IIIの対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設又は特定旧法指定施設）です。

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		

様式第7号表面中 「

障害程度区分		障害程度区分の有効期間
--------	--	-------------

」 を

「

障害支援区分		障害支援区分の有効期間
--------	--	-------------

」 に改める。

様式第8号を次のように改める。

（表面）

障害支援区分変更認定通知書

第 号  
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

年 月 日に提出された介護給付費（訓練等給付費・特例介護給付費・特例訓練等給付費）の支給決定の変更申請に基づき、次のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

受給者証 番号	.....	支給決定 障害者氏名	
認定年月日			

障害支援区分	変更前	区分（ ）	非該当
	変更後	区分（ ）	非該当
	理由		
障害支援区分の 認定の有効期間			

（裏面）

（注）

- 1 障害支援区分の結果及び申請者のサービスの利用意向を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。
- 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。
- 3 認定結果等について不明な点がある場合は、掛川市 課まで御連絡ください。
- 4 この決定に不服がある場合は、この決定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、静岡県知事に対して審査請求をすることができます。
- 5 処分の取消しの訴えは、4の審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、掛川市を被告として提起することができます（この訴訟において掛川市を代表する者は、掛川市長となります。）。
- 6 処分の取消しの訴えは、4の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することはできないこととされていますが、次のいずれかに該当する場合は、裁決を経なくても処分の取消しの訴えを提起することができます。
  - (1) 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
  - (2) 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。
  - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。



## 附 則

- 1 この規則は、平成26年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の規則の様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。