

掛川市規則第26号

掛川市障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則をここに制定する。

平成23年9月30日

掛川市長

(別紙)

掛川市障害者自立支援法施行細則の一部を改正する規則

掛川市障害者自立支援法施行細則（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37条第2項中第3号を削り、第4号を第3号とし、第5号を第4号とする。

様式第1号を次のように改める。

（表面）  
介護給付費等支給（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	
	居住地	〒	年 月 日	
		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	障害程度区分の認定	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"/> 児童デイサービス						
		<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）						
居住系		/		<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"/> 共同生活介護（ケアホーム）	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）							
<input type="checkbox"/> 施設入所支援	/							
旧法施設支援	種類	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者更生施設 （ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者療護施設 （ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者授産施設 （ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）				
	内容	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者更生施設 （ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者授産施設 （ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者通勤寮				

(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（旧法指定施設を除く。）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 グループホーム等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。
- 4 IVの対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）又は共同生活援助（グループホーム）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	-----		申請者との関係
氏名			
住所	〒 電話番号		

様式第3号表面を次のように改める。

（表面）

介護給付費等支給（利用者負担額減免等）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

障害者自立支援法第22条の規定による介護給付費（訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費）の支給及び同法第29条の規定に基づく利用者負担上限月額について、次のとおり決定し、障害福祉サービス受給者証を交付するので通知します。

受給者証番号		支給決定障害者 （保護者）氏名	
支給決定 年 月 日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
障害程度区分		障害程度区分の 有 効 期 間	
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の 適 用 期 間	
特定障害者特別給付費 （施設入所支援・ 旧法施設支援）	日額 円	左の給付費の 適 用 期 間	
特定障害者特別給付費 （共同生活介護・ 共同生活援助）	月額 円	左の給付費の 適 用 期 間	

支 給 決 定 内 容	サービスの種類	支援の内容及び支給量	有効期間

療養介護医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	療養介護医療の 自己負担上限額	月額 円	食事療養の 自己負担上限額	月額 円
	上限額の 適用期間			

様式第4号(その1)中

「 (五)

サービス利用計画作成費の支給内容	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで
指定相談支援事業所名	
指定相談支援事業所名	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
支給額	
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

を

」

「

(五)

サービス利用計画作成費の支給内容		
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで	
指定相談支援事業所名		
指定相談支援事業所名		
予備欄		
特定障害者特別給付費の支給内容		
施設入所支援 又は 旧法施設支援	支給額	円/日
	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
共同生活介護 又は 共同生活援助	支給額	円/月
	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄		

に改める。

様式第6号を次のように改める。



介護給付費等支給決定（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 氏名	生 年 月 日		受 給 者 証 番 号			
	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			
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	障害程度区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間			
	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
		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"/> 児童デイサービス						
		<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"/> 共同生活介護（ケアホーム）			<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）				
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			/				
旧法施設支援	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者更生施設（ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）		<input type="checkbox"/> 旧身体障害者療護施設（ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）		<input type="checkbox"/> 旧身体障害者授産施設（ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）			
	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者更生施設（ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）		<input type="checkbox"/> 旧知的障害者授産施設（ <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 通所）		<input type="checkbox"/> 旧知的障害者通勤寮			
内容								

(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（旧法指定施設を除く。）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)	(20歳未満の方)	
	1 療養介護利用者（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	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)	(20歳未満の方)	
1 施設入所者（年齢 歳） 2 市民税非課税世帯の者	施設入所者（年齢 歳）		
<input type="checkbox"/> IV グループホーム等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。
- 4 IVの対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）又は共同生活援助（グループホーム）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	-----		申請者との関係
氏名			
住所	〒 電話番号		

附 則

この規則は、平成23年10月 1 日から施行する。