

掛川市規則第 29 号

掛川市児童福祉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 24 年 9 月 28 日

掛川市長

(別紙)

掛川市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

掛川市児童福祉法施行細則（平成17年掛川市規則第79号）の一部を次のように改正する。

第7条を第20条とする。

第6条第2項中「様式第18号」を「様式第38号」に改め、同条を第19条とする。

第5条第1項第4号中「保育の実施」を「保育所における保育」に改め、同条第2項中「様式第17号」を「様式第37号」に改め、同条を第18条とする。

第4条第1項中「様式第12号」を「様式第32号」に改め、同条第2項中「様式第13号」を「様式第33号」に改め、同条第3項中「様式第14号」を「様式第34号」に改め、同条第4項中「様式第15号」を「様式第35号」に、「様式第16号」を「様式第36号」に改め、同条を第17条とする。

第3条第1項中「様式第7号」を「様式第27号」に改め、同条第2項中「様式第8号」を「様式第28号」に改め、同条第3項中「様式第9号」を「様式第29号」に改め、同条第4項中「様式第10号」を「様式第30号」に、「様式第11号」を「様式第31号」に改め、同条を第16条とする。

第2条第1項中「様式第1号」を「様式第21号」に、「様式第2号」を「様式第22号」に改め、同条第2項中「様式第3号」を「様式第23号」に、「様式第4号」を「様式第24号」に改め、同条第3項中「様式第5号」を「様式第25号」に、「様式第6号」を「様式第26号」に改め、同条を第15条とし、第1条の次に次の13条を加える。

（障害児通所給付費の支給の申請）

第2条 法第21条の5の6第1項の規定による障害児通所給付費の支給の申請は、障害児通所給付費支給（利用者負担額減免等）申請書（様式第1号）により行うものとする。

（通所給付決定の通知等）

第3条 市長は、法第21条の5の7第1項の規定により通所支給要否決定を行った場合において、通所給付決定をしたときは、障害児通所給付費支給（利用者負担額減免等）決定通知書（様式第2号）により通所給付決定保護者に通知するとともに、受給者証（様式第3号）を通所給付決定保護者に交付するものとする。

2 市長は、法第21条の5の7第1項の規定により通所支給要否決定を行った場合において、通所給付決定をしない決定をしたときは、障害児通所給付費支給（利用者負担額減免等）申請却下通知書（様式第4号）により通所給付決定を受けようとする障害児の保護者に通知するものとする。

（特例障害児通所給付費の支給の申請等）

第4条 省令第18条の5第1項に規定する申請書は、特例障害児通所給付費支給申請書（様式第5号）によるものとする。

2 市長は、法第21条の5の4第1項の規定により特例障害児通所給付費の支給の可否を決定したときは、特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書（様式第6号）により当該申請をした通所給付決定保護者に通知するものとする。

（特例障害児通所給付費の額）

第5条 法第21条の5の4第2項に規定する特例障害児通所給付費の額は、児童福祉法に基づく指定通所支援及び基準該当通所支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成24年厚生労働省告示第122号）で定める額とする。

（通所給付決定の変更の申請）

第6条 法第21条の5の8第1項の規定による通所給付決定の変更の申請は、障害児通所給付費支給決定（利用者負担額減免等）変更申請書（様式第7号）により行うものとする。

（通所給付決定の変更の通知等）

第7条 市長は、法第21条の5の8第2項の規定により通所給付決定の変更の決定をしたときは、障害児通所給付費支給決定（利用者負担額減免等）変更決定通知書（様式第8号）により当該申請をした通所給付決定保護者に通知するものとする。

2 市長は、通所給付決定の変更の決定をしないときは、障害児通所給付費支給決定（利用者負担額減免等）変更申請却下通知書（様式第9号）により当該申請をした通所給付決定保護者に通知するものとする。

（申請内容の変更の届出）

第8条 省令第18条の6第7項に規定する届出書は、申請内容変更届出書（様式第10号）によるものとする。

（受給者証の再交付の申請）

第9条 省令第18条の6第10項に規定する申請書は、受給者証再交付申請書（様式第11号）によるものとする。

（通所給付決定の取消し）

第10条 省令第18条の24第1項に規定する書面は、通所給付決定取消通知書（様式第12号）によるものとする。

（通所給付決定の特例の申請等）

第11条 法第21条の5の11の規定による通所給付決定の特例（以下この条において「通所給付決定の特例」という。）の適用を受けようとする者は、障害児通所給付費利用者負担額減免申請書（様式第13号）に省令第18条の25各号に掲げる特別の事情が生じたことを証する書類、受給者証その

他市長が必要と認める書類を添えて、市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請があったときは、通所給付決定の特例の適用の可否を決定し、障害児通所給付費利用者負担額減免決定通知書（様式第14号）により申請者に通知するものとする。

3 前項の場合において、市長は、通所給付決定の特例の適用を認める決定をしたときは、申請者に障害児通所給付費利用者負担額減免認定証（様式第15号）を交付するものとする。

（高額障害児通所給付費の支給の申請等）

第12条 省令第18条の26第1項に規定する申請書は、高額障害児通所給付費支給申請書（様式第16号）によるものとする。

2 市長は、法第21条の5の12第1項の規定により高額障害児通所給付費の支給の可否を決定したときは、高額障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書（様式第17号）により当該申請をした通所給付決定保護者に通知するものとする。

（障害児相談支援給付費の支給の申請等）

第13条 省令第25条の26の3第1項に規定する申請書は、障害児相談支援給付費支給申請書（様式第18号）によるものとする。

2 市長は、法第24条の26第1項の規定により障害児相談支援給付費の支給の可否を決定したときは、障害児相談支援給付費支給決定（申請却下）通知書（様式第19号）により当該申請をした障害児相談支援対象保護者に通知するものとする。

（障害児相談支援給付費の不支給の決定）

第14条 省令第25条の26の4第2項に規定する書面は、障害児相談支援給付費不支給決定通知書（様式第20号）によるものとする。

別表第1を次のように改める。

別表第1（第18条関係）

税額等による階層区分		上限月額	負担基準額			
			居宅介護 行動援護 同行援護 30分)	重度訪問 介護（1 時間）	短期入所 （日額）	
A	生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定する被保護者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の推進及び永住後の自立の支援に関する法律による支援給付受給者	0円	0円	0円	0円	
B	当該年度分の市民税が非課税の者（A階層に該当する者を除く。）	0円	0円	0円	0円	
C 1	前年分の所得税が非課税の者（A階層又はB階層に該当する者を除く。）	当該年度分の市民税のうち均等割のみ課税の者	1,100円	50円	100円	100円
C 2		当該年度分の市民税のうち所得割が課税の者	1,600円	100円	200円	200円
D 1	前年分の所得税が課税の者（A階層又はB階層に該当する者を除く。）で前年分所得税額（障害児の所得税額を含む。）が右に掲げる区分のもの	15,000円以下	2,200円	150円	300円	300円
D 2		15,001円～40,000円	3,300円	200円	400円	400円
D 3		40,001円～70,000円	4,600円	250円	500円	600円
D 4		70,001円～183,000円	7,200円	300円	600円	1,000円
D 5		183,001円～403,000円	10,300円	400円	800円	1,400円
D 6		403,001円～703,000円	13,500円	500円	1,000円	1,800円
D 7		703,001円～1,078,000円	17,100円	600円	1,200円	2,300円
D 8		1,078,001円～1,632,000円	21,200円	800円	1,600円	2,800円
D 9		1,632,001円～2,303,000円	25,700円	1,000円	2,000円	3,400円
D 10		2,303,001円～3,117,000円	30,600円	1,200円	2,400円	4,100円
D 11		3,117,001円～4,173,000円	35,900円	1,400円	2,800円	4,800円
D 12		4,173,001円～5,334,000円	41,600円	1,600円	3,200円	5,500円
D 13		5,334,001円～6,674,000円	47,800円	1,900円	3,800円	6,400円
D 14		6,674,001円以上	介護給付費等基準額			

備考

1 障害児の扶養義務者（障害児と同一の世帯に属し、かつ、生計を同じくすると認められる配偶者、父母又は子のうち、市民税又は所得税の税額が最も高いものに限る。以下同じ。）が負担すべき額は、税額等による階層区分に応じ、負担基準額の欄に掲げる額とする（行動援護については、所要時間が4時間30分以上の場合は、当該額を10倍した額を同日分の負担すべき額とする。）。

なお、法第63条の4の規定により、児童相談所長が重度訪問介護を利用することが適当であると認め、その旨を市長に通知された障害者に対し、重度訪問介護に係るやむを得ない事由による措置を行った場合については、徴収額の欄に掲げる額に、重度訪問介護に係る徴収額の欄に掲げる額を加えた額とする。ただし、介護給付費等基準額を上限とする。

2 前項の規定にかかわらず、障害児の扶養義務者の1月当たりの負担額は、税額等による階層区分に応じ、上限月額欄の欄に掲げる額を上限とする。

3 この表において「介護給付費等基準額」とは、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第29条第3項及び第30条第3項の規定により算定される額をいう。

4 この表において「市民税」とは、地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市民税をいい、「均等割」及び「所得割」とは、それぞれ、同法第292条第1項第1号及び第2号に規定する均等割及び所得割をいう。ただし、均等割又は所得割の額の計算においては、同法第323条の規定により市民税の減免が行われた場合には、その額を所得割の額又は均等割の額から順次控除した額を所得割の額又は均等割の額とし、所得割の額の計算においては、同法第314条の7、第314条の8並びに附則第5条第3項及び第5条の4第6項の規定は適用しないものとする。

5 この表において「所得税」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）、租税特別措置法（昭和32年法律第26号）及び災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律（昭和22年法律第175号）の規定によって計算される所得税をいう。ただし、所得税額の計算においては、次の規定は適用しないものとする。

(1) 所得税法第78条第1項並びに第2項第1号及び第2号（地方税法第317条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。）、第92条第1項並びに第95条第1項から第3項まで

(2) 租税特別措置法第41条第1項から第3項まで、第41条の2、第41条の3の2第4項、第41条の19の3第1項及び第41条の19の5第1項

(3) 租税特別措置法等の一部を改正する法律（平成10年法律第23号）附則第12条

6 備考4及び備考5の規定にかかわらず、所得割又は所得税額を計算する場合において、扶養控除の計算をするときは、地方税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第4号）による改正前の地方税法第314条の2第1項第11号並びに所得税法等の一部を改正する法律（平成22年法律第6号）による改正前の所得税法第2条第1項及び第84条の規定を適用するものとする。

別表第2中「第5条関係」を「第18条関係」に改め、同表備考1中「及び備考5」を「から備考6まで」に改める。

別表第3中「第5条関係」を「第18条関係」に改め、同表備考1中「及び備考5」を「から備考6まで」に改める。

別表第4中「第5条関係」を「第18条関係」に改め、同表備考1中「及び備考5」を「から備考6まで」に改め、同表備考3中「児童デイサービス（障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第5条第7項に規定する児童デイサービス）」を「児童発達支援（法第6条の2第2項に規定する児童発達支援をいう。以下同じ。）若しくは医療型児童発達支援（同条第3項に規定する医療型児童発達支援）」に改め、同表備考3(2)中「第6条第2項」を「第7条第1項」に改め、同表備考3中(4)から(6)までを削り、(7)を(4)とし、同表備考3の表を次のように改める。

ア 入所児童又は幼稚園等に通い、若しくは児童発達支援及び医療型児童発達支援を利用する児童（以下「入所児童等」という。）のうち、その出生の最も早いもの	徴収額の月額に100分の100を乗じて得た額
イ ア以外の入所児童等のうち、その出生の最も早いもの	徴収額の月額に100分の50を乗じて得た額
ウ 上記以外の入所児童等	0円

様式第18号中「第6条関係」を「第19条関係」に、「第6条第2項」を「第19条第2項」に改め、同様式を様式第38号とする。

様式第17号中「第5条関係」を「第18条関係」に改め、「・保育の実施」を削り、同様式を様式第37号とする。

様式第16号中「第4条関係」を「第17条関係」に改め、同様式を様式第36号とする。

様式第15号中「第4条関係」を「第17条関係」に改め、同様式を様式第35号とする。

様式第14号中「第4条関係」を「第17条関係」に改め、同様式を様式第34号とする。

様式第13号中「第4条関係」を「第17条関係」に改め、同様式を様式第33号とする。

様式第12号中「第4条関係」を「第17条関係」に改め、同様式を様式第32号とする。

様式第11号中「第3条関係」を「第16条関係」に改め、同様式を様式第31号とする。

様式第10号中「第3条関係」を「第16条関係」に改め、同様式を様式第30号とする。

様式第9号中「第3条関係」を「第16条関係」に改め、同様式を様式第29号とする。

様式第8号中「第3条関係」を「第16条関係」に改め、同様式を様式第28号とする。

様式第7号中「第3条関係」を「第16条関係」に改め、同様式を様式第27号とする。

様式第6号中「第2条関係」を「第15条関係」に改め、同様式を様式第26号とする。

様式第5号中「第2条関係」を「第15条関係」に改め、同様式を様式第25号とする。

様式第4号中「第2条関係」を「第15条関係」に改め、同様式を様式第24号とする。

様式第3号中「第2条関係」を「第15条関係」に改め、同様式を様式第23号とする。

様式第2号中「第2条関係」を「第15条関係」に改め、同様式を様式第22号とする。

様式第1号中「第2条関係」を「第15条関係」に改め、同様式を様式第21号とし、別表第4の次に次の20様式を加える。

（表面）

障害児通所給付費支給（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			生 年 月 日
	氏 名			年 月 日
申請者	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			/	
被保険者証の記号番号				

（注）「被保険者証の記号番号」欄及び「保険者名」欄は、医療型児童発達支援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	利用中のサービスの種類と内容等	
申請 する 支 援	支 援 の 種 類	申 請 に 係 る 具 体 的 内 容	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援		
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

(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、医療型児童発達支援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 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。 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 3 市民税課税世帯（所得割28万円未満）に属する者
	<input type="checkbox"/> II 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) 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。

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2号（第3条関係）

障害児通所給付費支給（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

児童福祉法第21条の5の3第1項の規定による障害児通所給付費の支給及び同条第2項の規定に基づく負担上限月額について、次のとおり決定し、通所受給者証を交付するので通知します。

受給者証番号	通所給付決定 保護者氏名		
通所給付決定 年 月 日	通所給付決定に 係る児童氏名		
負担上限月額	左の上限月額の 適用期間		
給付決定内容	通所支援の種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	特記事項		

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号	公費受給者番号
	自己負担上限額	月額 円（食事療養を除く。）
	上限額の適用期間	

(注)

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

様式第3号(その1) (第3条関係)
(一)

通 所 受 給 者 証	
受給者証番号	
通 所 給 付 決 定 保 護 者	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
交付年月日	年 月 日
支給市町村名 及び印	

(二)

児童通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(三)

児童通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(四)

児童相談支援給付費の支給決定内容	
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	
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	

(六)

変更前の支給量の記載	
支援の種類	支給量等
	期間
	期間
	期間
	期間
	期間

(七)

変更前の利用者負担上限月額記載欄		
金 額		適 用 期 間
負担上限月額	円	
負担上限月額	円	

(八)

予 備 欄	

(九)

番号	児童通所支援事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	事業者確認印
	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	事業者確認印
	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	
3	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	事業者確認印
	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	

(十)

番号	児童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			事業者確認印
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	事業者確認印
	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		事業者確認印
	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	事業者確認印
	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		事業者確認印
	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	事業者確認印
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量		

(十一)

予備欄

(十二)

注意事項
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っててください。</p> <p>2 指定障害児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斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定障害児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障害児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>

(十三)

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。

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。

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。

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児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。

(十四)

予 備 欄

(十五)

予 備 欄

(十六)

子 備 欄

様式第3号（その2）（第3条関係）

肢体不自由児通所医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者受給者番号			
通所給付決定保護者	フリガナ		
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
	被保険者証の記号番号	保険者名及び番号	
負担上限月額（食事療養を除く。）	月額 円		
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
交付年月日	年 月 日		
上記のとおり認定する。			
年 月 日			
掛川市長 氏 名 印			

障害児通所給付費支給（利用者負担額減免等）申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

年 月 日に申請された障害児通所給付費の支給及び利用者負担額の減免等について、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

（注）

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

特例障害児通所給付費支給申請書
（ 年 月分）

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	〒	受給者証番号	
			電話番号	
給付決定に係る児童氏名	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日
			続柄	
特例障害児通所給付費 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	

（注）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。

上記に関する特例障害児通所給付費を下記の口座に振り込んでください。

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
	金融機関コード	店舗コード	口座番号	
	フリガナ 口座名義人	-----		

（市記入欄）

領収証確認欄	サービス提供 証明書確認欄	公簿確認欄	備考

特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

年 月 日付けで申請のあった特例障害児通所給付費について、次のとおり決定したので通知します。

受給者証番号		申請者氏名	
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例障害児通所給付費申請額			円
支給決定の内容			
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

(注)

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

（表面）

障害児通所給付費支給決定（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	-----		生 年 月 日
	氏 名			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	フリガナ	-----		生 年 月 日
	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、医療型児童発達支援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	利用中のサービスの種類と内容等	
	変更の理由		
変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容	
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援		
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援		
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス		
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援		

(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、医療型児童発達支援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 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。 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 3 市民税課税世帯（所得割28万円未満）に属する者
	<input type="checkbox"/> II 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) 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。

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		

障害児通所給付費支給決定（利用者負担額減免等）変更決定通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

児童福祉法第21条の5の8の規定に基づく障害児通所給付費の給付決定の変更及び同法第21条の5の3第2項の規定に基づく負担上限月額について、次のとおり決定し、通所受給者証を交付するので通知します。

受給者証番号		通所給付決定 保護者氏名	
変更年月日		給付決定に係る 児童氏名	
変更 の 内 容	支援の種類	変 更 前	変 更 後
負担上限月額		円	円

受給者証を 年 月 日までに提出してください。

提出先（ ）住所（ ）電話番号（ ）

(注)

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

障害児通所給付費支給決定（利用者負担額減免等）変更申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

年 月 日に申請された障害児通所給付費の支給決定（利用者負担額減免等）
の 変更について、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

（注）

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

申請内容変更届出書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
	居住地	〒	受給者証番号	-----
		電話番号		
給付決定に係る 児童氏名	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日
			続柄	

変更事項 (該当に○をしてください。)	給付決定保護者に関する事	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先	
	利用者である児童に関する事	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 保護者との続柄	
	その他		
変更内容	変更前		
	変更後		

(注) この届出書には、次の書類を添付してください。

- (1) 上記の事実関係を確認できる書類（公簿等により確認することができるときは省略可）
- (2) 受給者証

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名	-----	給付決定保護者との関係	
住所	〒	電話番号	

受給者証再交付申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり受給者証の再交付を申請します。

受給者証の種類		<input type="checkbox"/> 通所受給者証		<input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療受給者証	
給付決定保護者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名		受給者証番号		
	居住地	〒		電話番号	
フリガナ			生年月日	年 月 日	
給付決定に係る児童氏名			続柄		
申請の理由					

（注）

- 1 受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者本人		<input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外（下の欄に記入）	
フリガナ		給付決定保護者との関係		
氏名				
住所	〒		電話番号	

通所給付決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

児童福祉法第21条の5の9第1項の規定に基づき、次のとおり通所給付決定を取り消したので通知します。

受給者証 番 号		給 付 決 定 保 護 者 氏 名	
給付決定 取 消 日		給付決定に係る 児 童 氏 名	
取消理由			

受給者証を 年 月 日までに返還してください。
返還先（ ）住所（ ）電話番号（ ）

(注)

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

障害児通所給付費利用者負担額減免申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり障害者通所給付費の利用者負担額の減額（免除）を申請します。

申請者	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日
	氏名		受給者証番号	
	居住地	〒 電話番号		
通所給付決定 係る児童氏名	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日
			続柄	
申請の理由				

（注）

- この申請は、災害による住宅等の損害、生計中心者の死亡、長期入院等による著しい収入減、事業の廃止等による生計中心者の著しい収入減、農作物の不作、不漁等による生計中心者の著しい収入減があった場合に行うことができます。
- 申請の理由は、1の事実について記載してください。
- この申請書には、受給者証及び上記事実を確認することができる書類を添付してください。

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	
住所	〒 電話番号		

（市記入欄）

収入状況確認	災害状況等確認	備 考

障害児通所給付費利用者負担額減免決定通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

年 月 日付けで申請のあった利用者負担額の減額（免除）について、次のとおり決定したので通知します。

受給者証番号	申請者氏名
--------	-------

決定年月日	年 月 日
決定の内容	<input type="checkbox"/> 減額・免除を認定する <input type="checkbox"/> 減額・免除を認定しない
減免の内容	適用年月日 年 月 日
	有効期限 年 月 日
	減額・免除の率 /100
認定しない理由	

(注)

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

（表面）

<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">障害児通所給付費利用者負担額減免認定証</div>											
交付年月日 年 月 日											
	受給者証番号										
	住 所										
	フリガナ										
	氏 名										
	生年月日	年		月		日					
	適用年月日	年		月		日					
	有効期限	年		月		日					
	減額・免除認定事項	給付率		／100							
	支給市町村名 及び印										

（裏面）

注 意 事 項
<ol style="list-style-type: none"> 1 指定障害児通所支援又は基準該当通所支援（以下「サービス」という。）を受けるときは、必ず事前にこの認定証を指定障害児通所支援事業者又は基準該当事業所に提出してください。 2 サービスを受けるときに支払う金額は、サービス費用からサービス費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。 3 減額又は免除の認定の要件に該当しなくなったとき又は減免認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返してください。 4 この証の表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、市にその旨を届け出てください。 5 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。

高額障害児通所給付費支給申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり高額障害児通所給付費の支給を申請します。

（ 年 月 分）

申請者	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日
	氏名		受給者証番号	
	居住地	〒	電話番号	
給付決定に係る児童氏名	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日
			続柄	
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額				円
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額				円
同一世帯に属する他の支給対象障害者等	氏名	生年月日	①障害者自立支援法②児童福祉法③介護保険法	
			制 度	受給者証番号又は被保険者番号

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	

（注）

- 利用者負担額の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。
- 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。

上記に関する高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んでください。

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
	金融機関コード	店 舗 コード	口 座 番 号	
	フリガナ	-----		
	口座名義人			

（市記入欄）

領収証確認欄	サービス提供 証明書確認欄	公簿確認欄	備 考

高額障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

年 月 日付けで申請のあった高額障害児通所給付費の支給について、次のとおり決定したので通知します。

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										

(注)

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

障害児相談支援給付費支給申請書

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり申請します。

受給者証番号			
申請者	フリガナ	生 年 月 日	
	氏 名	年 月 日	
	居 住 地	〒 電話番号	
フリガナ	続柄	生 年 月 日	
申請に係る児童氏名			年 月 日

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		

（注）受給者証を添付してください。

障害児相談支援給付費支給決定（申請却下）通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

年 月 日付けで申請のあった障害児相談支援給付費の支給について、次のとおり決定したので通知します。

受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る 児童氏名	
支給の可否	支給決定 ・ 申請却下		
支給期間			
モニタリング期間			
申請却下の理由			

(注)

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

障害児相談支援給付費不支給決定通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

児童福祉法施行規則第25条の26の4第1項の規定に基づき、次のとおり障害児相談支援給付費の支給を行わないこととしたので同条第2項の規定により通知します。

受給者証番号			
障害児相談支援対象保護者氏名		当該決定に係る児童氏名	
不支給決定理由			

受給者証を 年 月 日までに返還してください。

返還先（ ）住所（ ）電話番号（ ）

(注)

- 1 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。
- 2 処分の取消しの訴えは、1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）。
- 3 処分の取消しの訴えは、1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。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。