

掛川市規則第30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24年9月28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。

目次中 「第2章 介護給付費等の支給（第3条―第17条）
第3章 基準該当事業者（第18条―第25条）」を

「第2章 介護給付費等の支給（第3条―第17条の4）
第3章 基準該当事業者（第18条―第25条） に、
第3章の2 地域相談支援給付費等の支給（第25条の2―第25条の13）」

「第5章 補装具費の支給（第33条―第36条）」を

「第5章 補装具費の支給（第33条―第36条） に改める。
第5章の2 高額障害福祉サービス等給付費の支給（第36条の2）」

第13条中「第30条第2項」を「第30条第3項」に改める。

第15条から第17条までを次のように改める。

（特定障害者特別給付費の支給の申請）

第15条 省令第34条の3第1項に規定する申請書は、特定障害者特別給付費支給申請書（様式第1号）によるものとする。

（支給の決定の通知等）

第16条 市長は、法第34条第1項の規定により特定障害者特別給付費の支給の決定をしたときは、特定障害者特別給付費支給決定通知書（様式第3号）により当該申請をした特定障害者に通知するものとする。

2 市長は、特定障害者特別給付費の支給をしない決定をしたときは、特定障害者特別給付費支給申請却下通知書（様式第5号）により支給の決定を受けようとする特定障害者に通知するものとする。

（申請内容等の変更の届出）

第17条 省令第34条の3第4項に規定する届出書は、申請内容変更届出書によるものとする。

第17条の次に次の3条を加える。

（特例特定障害者特別給付費の支給）

第17条の2 市長は、特定障害者が、基準該当事業者から当該登録に係る基準該当障害福祉サービスを受けたときは、特定入所等費用について、特例特定障害者特別給付費を支給する。

（特例特定障害者特別給付費の支給の申請等）

第17条の3 省令第34条の4第1項に規定する申請書は、特例特定障害者特別給付費支給申請書（様式第13号）によるものとする。

2 市長は、法第35条第1項の規定により特例特定障害者特別給付費の支給の可否を決定したときは、特例特定障害者特別給付費支給（不支給）決定通知書（様式第14号）により当該申請をした特定障害者に通知するものとする。

（特定障害者特別給付費等の支給の取消し）

第17条の4 省令第34条の6第2項に規定する書面は、支給取消通知書（様式第10号）によるものとする。

第3章の次に次の1章を加える。

第3章の2 地域相談支援給付費等の支給

（地域相談支援給付決定の申請）

第25条の2 省令第34条の31第1項に規定する申請書は、地域相談支援給付費支給申請書（様式第1号）によるものとする。

（地域相談支援給付決定の通知等）

第25条の3 市長は、法第51条の7第1項の規定により給付要否決定を行った場合において、地域相談支援給付決定をしたときは、地域相談支援給付費支給決定通知書（様式第3号）により地域相談支援給付決定障害者に通知するとともに、地域相談支援受給者証（様式第27号の2）を地域相談支援給付決定障害者に交付するものとする。

2 市長は、法第51条の7第1項の規定により給付要否決定を行った場合において、地域相談支援給付決定をしない決定をしたときは、地域相談支援給付費支給申請却下通知書（様式第5号）により地域相談支援給付決定を受けようとする障害者に通知するものとする。

（地域相談支援給付決定の変更の申請）

第25条の4 省令第34条の44第1項に規定する申請書は、地域相談支援給付決定変更申請書（様式第6号）によるものとする。

（地域相談支援給付決定の変更の通知等）

第25条の5 市長は、法第51条の9第2項の規定により地域相談支援給付決定の変更の決定をしたときは、地域相談支援給付決定変更決定通知書（様式第7号）により当該申請をした地域相談支援給付決定障害者に通知するものとする。

2 市長は、地域相談支援給付決定の変更の決定をしないときは、地域相談支援給付決定変更申請却下通知書（様式第9号）により当該申請をした地域相談支援給付決定障害者に通知するものとする。

（申請内容の変更の届出）

第25条の6 省令第34条の48第1項に規定する届出書は、申請内容変更届出書によるものとする。

(地域相談支援給付決定の取消し)

第25条の7 省令第34条の49第1項に規定する書面は、地域相談支援給付決定取消通知書(様式第10号)によるものとする。

(地域相談支援受給者証の再交付の申請)

第25条の8 省令第34条の50第1項に規定する申請書は、受給者証再交付申請書によるものとする。

(特例地域相談支援給付費の支給の申請等)

第25条の9 省令第34条の53第1項に規定する申請書は、特例地域相談支援給付費支給申請書(様式第13号)によるものとする。

2 市長は、法第51条の15第1項の規定により特例地域相談支援給付費の支給の可否を決定したときは、特例地域相談支援給付費支給(不支給)決定通知書(様式第14号)により当該申請をした地域相談支援給付決定障害者に通知するものとする。

(特例地域相談支援給付費の額)

第25条の10 法第51条の15第2項に規定する特例地域相談支援給付費の額は、障害者自立支援法に基づく指定地域相談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124号)で定める額とする。

(計画相談支援給付費の支給の申請等)

第25条の11 省令第34条の54第1項に規定する申請書は、計画相談支援給付費支給申請書(様式第27号の3)によるものとする。

2 市長は、法第51条の17第1項の規定により計画相談支援給付費の支給の可否を決定したときは、計画相談支援給付費支給(不支給)決定通知書(様式第27号の4)により当該申請をした計画相談支援対象障害者等に通知するものとする。

(計画相談支援給付費の支給の取消し)

第25条の12 省令第34条の55第2項に規定する書面は、計画相談支援給付費不支給決定通知書(様式第27号の5)によるものとする。

(特例計画相談支援給付費の額)

第25条の13 法第51条の18第2項に規定する特例計画相談支援給付費の額は、障害者自立支援法に基づく指定計画相談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125号)で定める額とする。

第5章の次に次の1章を加える。

第5章の2 高額障害福祉サービス等給付費の支給

(高額障害福祉サービス等給付費の支給の申請等)

第36条の2 省令第65条の9の2第1項に規定する申請書は、高額障害福祉サービス等給付費支給申請書(様式第41号)によるものとする。

2 市長は、法第76条の2第1項の規定により高額障害福祉サービス等給付費の支給の可否を決定したときは、高額障害福祉サービス等給付費支給(不支給)決定通知書(様式第42号)により当該申請をした支給決定障害者等に通知するものとする。

第37条第1項中第5号を第6号とし、第2号から第4号までを1号ずつ繰り下げ、第1号の次に次の1号を加える。

(2) 成年後見制度利用支援事業

様式第1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
	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		
	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	
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"/> 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	/					
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	-----		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

様式第3号及び様式第4号（その1）を次のように改める。

（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）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（第34条・第51条の7）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・地域相談支援給付費・療養介護医療費）の支給及び同法第29条（第51条の14）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（地域相談支援受給者証）を交付するので通知します。

受給者証番号		支給決定（特定・地域相談支援給付費決定）障害者（保護者）氏名	
決定年月日		当該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	日額 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			

(裏面)

(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。

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	
障害程度区分	
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
共同生活介護、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	
変更前の障害程度区分の記載欄	
障害程度区分	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、障害程度区分の（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5号中「様式第5号（第5条関係）」を「様式第5号（第5条、第16条、第25条の3関係）」に、「介護給付費等支給（利用者負担額減免等）申請却下通知書」を

「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）申請却下通知書」に改め、「特定障害者特別給
付費」の次に「・地域相談支援給付費」を加える。

様式第6号及び様式第7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																
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"/>	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"/>		/					<input type="checkbox"/>					宿泊型自立訓練						
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>					就労移行支援						
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>					就労移行支援（養成施設）						
<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>					就労継続支援（A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					/											

(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	-----		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

（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24条（第51条の9）の規定に基づく介護給付費（訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費）の支給決定（地域相談支援給付決定）の変更及び同法第29条（第51条の14）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（地域相談支援受給者証）を交付するので通知します。

受給者証番号		支給決定（地域相談支援給付決定）障害者（保護者）氏名	
変更年月日		当該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	
変更の内容	サービスの種類	変更前	変更後
利用者負担上限月額	変更前 円 変更後 円	特定障害者特別給付費	変更前 円 変更後 円
		通所施設・在宅サービス等軽減	変更前 円 変更後 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（ ）

（裏面）

（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には、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に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9号中「様式第9号（第7条関係）」を「様式第9号（第7条、第25条の5関係）」に、
「 介護給付費等支給決定（利用者負担額減免等）変更申請却下通知書 」を
「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）変更申請却下通知書」に、
「支給決定（利用者負担額減免等）」を「支給決定（地域相談支援給付決定・利用者負担額減免
等）」に改める。

様式第10号を次のように改める。

（表面）

支給決定（支給・地域相談支援給付決定）取消通知書

第 号
年 月 日

様

掛川市長 氏 名 印

障害者自立支援法第25条（施行規則第34条の6・第51条の10）の規定に基づき、次のとおり支給決定（支給・地域相談支援給付決定）を取り消したので通知します。

受給者証番号		支給決定（特定・地域相談支援給付決定）障害者（保護者）氏名	
取消日	年 月 日	支給決定（支給・地域相談支援給付決定）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（ ）

（裏面）

（注）

- 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。
- 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。）。
- 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。
 - 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。
 - 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。

様式第11号中「様式第11号（第9条関係）」を「様式第11号（第9条、第17条、第25条の6関係）」に改める。

様式第12号中「様式第12号（第10条関係）」を「様式第12号（第10条、第25条の8関係）」に、

「

受給者証の種類	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 療養介護医療受給者証
---------	---

」

を

「

受給者証の種類	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証
	<input type="checkbox"/> 地域相談支援受給者証
	<input type="checkbox"/> 療養介護医療受給者証

」

に改める。

様式第13号及び様式第14号を次のように改める。

様式第13号（第12条、第17条の3、第25条の9関係）

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）

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

様式第18号から様式第23号までを次のように改める。

様式第18号から様式第23号まで 削除

様式第27号の次に次の4様式を加える。

様式第27号の2 (第25条の3 関係)

(一)

地域相談支援受給者証	
受給者証番号	
地域相談支援給付決定障害者	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日
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)

地域相談支援給付費の給付決定内容	
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(三)

一般相談支援事業者記入欄		
1	提供する地域相談支援の種類	
	事業者及びその事業所の名称	
	契約日	事業者確認印
	サービス提供終了日	
2	提供する地域相談支援の種類	
	事業者及びその事業所の名称	
	契約日	事業者確認印
	サービス提供終了日	
予備欄		

(四)

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	

(五)

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 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付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、給付の再申請をしてください。
4 この証の一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。
5 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、給付決定期間内に、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。
6 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。
7 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。
8 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。
9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。

計画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。

計画相談支援給付費支給（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計画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	
決定の内容	支給 ・ 不支給		
支給期間			
モニタリング期間			
不支給決定の理由			

(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。

年 月 日

（あて先）掛川市長

次のとおり高額障害福祉サービス等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	
支給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福祉サービス等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

高額障害福祉サービス等給付費支給（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福祉サービス等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。

支給決定障害者 (保護者) 氏名		受給者 証番号											
支給決定に係る 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。