

掛川市規則第5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28年3月4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。

様式第1号（表面）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				生	年	月	日
	氏名	個人番号				年	月	日
	居住地	〒				電話番号		
	フリガナ				生	年	月	日
	支給申請に係る児童氏名	個人番号				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	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															

様式第 2 号、様式第 3 号及び様式第 5 号中「60日以内」を「3月以内」に改める。

様式第 6 号（表面）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	個人番号	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	個人番号	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）									

様式第7号から様式第10号までの規定中「60日以内」を「3月以内」に改める。

様式第11号を次のように改める。

様式第11号（第9条、第17条、第25条の6関係）

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	-----	生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号	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
	個人番号	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

変更事項 (該当に○をして下さい。)	支給決定障害者等に関する事	<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"/> 支給決定障害者等本人 <input type="checkbox"/> 支給決定障害者等本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ	-----	支給決定障害者等との関係	
住所	〒 電話番号		

様式第12号及び様式第13号中

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	

を

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号	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
		個人番号	続柄	

に改める。

様式第14号及び様式第16号中「60日以内」を「3月以内」に改める。

様式第27号の3中

申請者	フリガナ		生年月日	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

を

申請者	フリガナ		生	年	月	日	
	氏名			年	月	日	
	居住地	個人番号 〒	電話番号				
	フリガナ		続柄	生	年	月	日
	申請に係る児童氏名	個人番号			年	月	日

に改める。

様式第27号の4及び様式第27号の5中「60日以内」を「3月以内」に改める。

様式第28号中

受診者	フリガナ		性別	年齢	生	年	月	日
	氏名		男・女	歳		年	月	日
	住所		電話番号					
保護者	フリガナ		受診者との関係					
	氏名							
	住所		電話番号					

を

受診者	フリガナ		性別	年齢	生	年	月	日
	氏名	個人番号	男・女	歳		年	月	日
	住所		電話番号					
保護者	フリガナ		受診者との関係					
	氏名	個人番号						
	住所		電話番号					

に改める。

様式第29号、様式第31号及び様式第32号中「60日以内」を「3月以内」に、「異議申立て」を「審査請求」に、「当該異議申立てに対する決定」を「当該審査請求に対する裁決」に改める。

様式第33号及び様式第34号中

受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	氏名		男・女	歳	年月日
	住所		電話番号		
保護者	フリガナ		受診者との関係		
	氏名				
	住所		電話番号		

を

受診者	フリガナ		性別	年齢	生年月日
	氏名	個人番号	男・女	歳	年月日
	住所		電話番号		
保護者	フリガナ		受診者との関係		
	氏名	個人番号			
	住所		電話番号		

に改める。

様式第35号中「60日以内」を「3月以内」に、「異議申立て」を「審査請求」に、「当該異議申立てに対する決定」を「当該審査請求に対する裁決」に改める。

様式第36号中

対象者	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年月日	性別		電話

を

対象者	住所				
	フリガナ			個人番号	
	氏名				
	生年月日	年月日	性別		電話
申請者の個人番号（申請者と対象者が異なる場合に限る。）					

に改める。

様式第37号中「60日以内」を「3月以内」に、「異議申立て」を「審査請求」に、「当該異議申

立てに対する決定」を「当該審査請求に対する裁決」に改める。

様式第41号中

申請者	フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
			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	

を

申請者	フリガナ 氏名	-----	生年月日	年 月 日
		個人番号	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
		個人番号	続柄	

に改める。

様式第42号中「60日以内」を「3月以内」に改める。

附 則

この規則は、平成28年4月1日から施行する。