

掛川市規則第12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30年7月5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2条の見出し中「障害児通所給付費の支給」を「通所給付決定」に改め、同条中「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」を「省令第18条の6第1項に規定する申請書」に、「により行う」を「による」に改める。

第5条中「第21条の5の4第2項」を「第21条の5の4第3項」に改める。

第6条中「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」を「省令第18条の21に規定する申請書」に、「により行う」を「による」に改める。

第18条第1項中「及び第3項」を削る。

別表第1備考1中「第63条の4」を「第63条の2」に改め、同表備考5の(2)中「第24項」を「第25項」に改める。

様式第1号（表面）中

「

	支 援 の 種 類	申 請 に 係 る 具 体 的 内 容
申 請 す る 支 援	<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	

」

を

「

申	支 援 の 種 類	申 請 に 係 る 具 体 的 内 容
請 す る 支 援	<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"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

」

に改め、同様式（裏面）中

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。

を

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 多子軽減措置に関する認定 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 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、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"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）を申請します。

に改める。

様式第7号を次のように改める。

（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	個人番号	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	フリガナ	生 年 月 日	続 柄	
	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				

（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"/> 居宅訪問型児童発達支援			
<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 多子軽減措置に関する認定 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 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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"/> 自己負担減免措置 <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		

附 則

この規則は、公布の日から施行する。