

掛川市規則第13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30年7月5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。

第23条第7項中「第30条第2項」を「第30条第3項」に改める。

第25条の4中「第34条の44第1項」を「第34条の44」に改める。

第35条を削る。

第36条第1項中「販売事業者」の次に「、貸付け事業者」を、「購入し」の次に「、借り受け」を加え、「購入又は修理」を「購入、借受け又は修理（以下「購入等」という。）」に改め、同条第2項中「様式第40号」を「様式第39号」に改め、同条第4項中「購入又は修理」を「購入等」に改め、同条第5項中「購入し」の次に「、借り受け」を加え、同条を第35条とする。

第36条の2第1項中「様式第41号」を「様式第40号」に改め、同条第2項中「様式第42号」を「様式第41号」に改め、同条を第36条とする。

第37条第1項中第6号を第7号とし、第5号を第6号とし、第4号を第5号とし、第3号の次に次の1号を加える。

(4) 手話奉仕員養成研修事業

第37条第2項第3号及び第4号を削る。

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	-----			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	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"/>	就労定着支援					
		<input type="checkbox"/>	重度訪問介護						<input type="checkbox"/>	自立生活援助					
		<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												

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、障害程度区分認定等審査会における判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者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、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ、食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）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、利用者本人の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 市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	(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 市民税非課税世帯又は生活保護受給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（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)

- 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。

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6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	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"/> 就労定着支援	/	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護				<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
		<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）		
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援				<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）	/	
						<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、障害程度区分認定等審査会における判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者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、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ、食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）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、利用者本人の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 市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	(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 市民税非課税世帯又は生活保護受給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（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)

- 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。

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36号中

支 給 区 分	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 修理
購入・修理を受ける補装具名	

を

支 給 区 分	<input type="checkbox"/> 購入 <input type="checkbox"/> 借受け <input type="checkbox"/> 修理
補装具の種目及び名称	

に、

該当する所得区分	生活保護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上
世帯範囲の特例に関する認定 ※	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにも該当するため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。
生活保護への移行予防措置に関する認定 ※	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。

を

該当する所得区分	生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上
生活保護への移行予防措置に関する認定 ※	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（自己負担減免措置）を希望します。

に改める。

様式第38号を次のように改める。



補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 決 定 日	年	月	日
支 給 区 分					
氏 名		生 年 月 日	年	月	日
居 住 地					
保 護 者 氏 名				続 柄	
補 装 具 の 名 称			修 理 部 位		
補 装 具 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
基 準 額	見 積 額	利 用 者 負 担 額		公 費 負 担 額	
円	円				
月 額 負 担 上 限 額					
円		円	円		
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">掛川市長 氏 名 印</p>					
判 定 年 月 日	年	月	日	判 定 員	(職名) 印
受 領 年 月 日	年	月	日	受 領 者	印 続 柄

補 装 具 費 支 給 券 （ 借 受 け ）

支 給 番 号		支 給 決 定 日	年 月 日
借 受 け 期 間			
氏 名		生 年 月 日	年 月 日
居 住 地			
保 護 者 氏 名		続 柄	
補 装 具 の 名 称		修 理 部 位	
補 装 具 業 者	名 称		
	所 在 地		
	電 話		
基 準 額	見 積 額	利 用 者 負 担 額	公 費 負 担 額
円	円		
月 額 負 担 上 限 額			
	円	円	円
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">掛川市長 氏 名 印</p>			

様式第38号（その3）（第34条関係）

補 装 具 費 支 給 券 （ 借 受 け ）

支 給 番 号		支 給 決 定 日		年 月 日	
借 受 け 期 間					
氏 名		生 年 月 日		年 月 日	
居 住 地					
保 護 者 氏 名				続 柄	
補 装 具 の 名 称			修 理 部 位		
補 装 具 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
基 準 額		見 積 額	利 用 者 負 担 額		公 費 負 担 額
円		円			
月 額 負 担 上 限 額					
円		円		円	
<p>上記のとおり決定する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">掛川市長 氏 名 印</p>					
返 却 年 月 日		年 月 日		業 者 名 印	
		返 却 者		印 続 柄	

様式第39号を削る。

様式第40号中「第36条関係」を「第35条関係」に、「第36条第2項」を「第35条第2項」に改め、同様式を様式第39号とする。

様式第41号中「第36条の2関係」を「第36条関係」に、

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				

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				
	65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の有無					

に改め、同様式を様式第40号とする。

様式第42号中「第36条の2関係」を「第36条関係」に改め、同様式を様式第41号とする。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。