

聖籠町児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成27年3月13日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町規則第5号

聖籠町児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

聖籠町児童福祉法施行細則（平成15年聖籠町規則第11号）の一部を次のように改正する。

第1条中「省令第11号」の次に「。以下「省令」という。」を加える。

第4条第3項を削る。

第5条を第21条とし、第4条の次に次の16条を加える。

（費用の徴収額の変更）

第5条 町長は、災害その他やむを得ない理由により前条に規定する費用の納入義務者の能力に変動が生じたと認められるときは、その変動の程度に応じて、納入義務者から費用を徴収する額を変更することができる。

2 前項の規定による費用徴収額の変更を受けようとする者は、費用徴収額変更申請書（別記様式第7号）を町長に提出しなければならない。

（徴収費用額の決定通知等）

第6条 町長は、前2条の費用徴収額を決定又は変更したときは、費用徴収額決定・変更通知書（別記様式第8号）を当該納入義務者に送付しなければならない。

（障害児通所給付費支給決定の申請）

第7条 省令第18条の6に規定する支給決定の申請書は、障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（別記様式第9号）によるものとする。

（障害児通所給付費支給決定の通知等）

第8条 町長は、前条の申請に対し支給決定を行ったときは、障害児通所給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書（別記様式第10号）により申請者に通知するとともに、通所受給者証（別記様式第11号）を申請者に交付するものとする。

2 町長は、前項の規定により支給決定を行った場合において、当該支給決定

に係る障害児が法第6条の2の2第3項に規定する医療型児童発達支援を受ける者と認めるときは、当該障害児に対し、肢体不自由児通所医療受給者証（別記様式第12号）を交付するものとする。

3 町長は、前条の申請に対し支給決定を行わないことと決定したときは、却下決定通知書（別記様式第13号）により申請者に通知するものとする。

（障害児通所給付費支給決定の変更申請）

第9条 省令第18条の21に規定する支給決定の変更の申請書は、障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書（別記様式第14号）によるものとする。

（障害児通所給付費支給決定変更の通知等）

第10条 町長は、前条の申請又は職権により、支給決定の変更の決定を行ったときは、障害児通所給付費支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書（別記様式第15号）により申請者に通知するものとする。

2 町長は、前条の申請に対し支給決定の変更を行わないことと決定したときは、障害児通所給付費支給変更申請却下通知書兼利用者負担額減額・免除等変更申請却下通知書（別記様式第16号）により申請者に通知するものとする。

（障害児通所給付費支給決定の取消し）

第11条 省令第18条の24第1項に規定する支給決定の取消しを行ったときの通知は、支給決定取消通知書（別記様式第17号）によるものとする。

（申請内容の変更の届出）

第12条 省令第18条の6第7項に規定する申請内容の変更の届出書は、申請内容変更届出書（別記様式第18号）によるものとする。

（受給者証の再交付の申請）

第13条 省令第18条の6第9項に規定する通所受給者証の再交付の申請書は、受給者証等再交付申請書（別記様式第19号）によるものとする。

2 前項の規定は、肢体不自由児通所医療受給者証の再交付の申請について準用する。

（特例障害児通所給付費の支給申請等）

第14条 省令第18条の5に規定する特例障害児通所給付費の支給の申請書

は、特例障害児通所給付費支給申請書（別記様式第20号）によるものとする。

2 町長は、前項の申請があったときは、支給の要否を決定し、特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書（別記様式第21号）により申請者に通知するものとする。

（特例障害児通所給付費の額）

第15条 特例障害児通所給付費の額は、法第21条の5の4第3項の規定によりその基準とされる額とする。

（障害児支援利用計画案の提出依頼）

第16条 町長は、省令第18条の13（省令第18条の23第2項の規定により準用する場合を含む。）に規定する障害児支援利用計画案の提出を求めるときは、障害児支援利用計画案提出依頼書（別記様式第22号）によるものとする。

（障害児相談支援給付費の支給の申請）

第17条 省令第25条の26の3第1項に規定する申請は、障害児相談支援給付費支給申請書（別記様式第23号）によるものとする。

（障害児相談支援給付費の支給の通知）

第18条 町長は、前条の申請があったときは、支給の要否を決定し、障害児相談支援給付費支給（却下）通知書（別記様式第24号）により申請者に通知するものとする。

（障害児相談支援給付費の支給決定の取消し）

第19条 省令第25条の26の4第2項に規定する障害児相談支援給付費の支給を行わないこととしたとき（前条の規定により支給の通知を行ったあとにおいて支給を行わないこととしたときに限る。）の通知は、障害児相談支援給付費支給取消通知書（別記様式第25号）によるものとする。

（高額障害児通所給付費の支給申請等）

第20条 省令第18条の26第1項に規定する高額障害児通所給付費の支給の申請書は、高額障害児通所給付費支給申請書（別記様式第26号）によるものとする。

2 町長は、前項の申請があったときは、支給の要否を決定し、高額障害児通

所給付費支給（不支給）決定通知書（別記様式第 27 号）により申請者に通知するものとする。

別記様式第 6 号の次に次の 21 様式を加える。

別記様式第7号(第5条関係)

費用徴収額変更申請書

年 月 日

聖籠町長 様

住 所

氏 名 印

費用の納入が困難なので、聖籠町児童福祉法施行細則第5条第2項の規定に基づき費用徴収額の変更を申請します。

記

措置を受けている者の氏名	
措置等の種類	
決定されている費用の額	
納入が困難である理由	

別記様式第8号(第6条関係)

費用徴収額決定・変更通知書

第 号
年 月 日

様

聖籠町長

児童福祉法第21条の6に規定する措置に要する費用について、あなたから徴収する額を下記のとおり決定(変更)しましたので通知します。

記

措置を受けている者の氏名	
事業所名	
措置内容	
費用徴収額	年 月分 円 年 月から月額 円
理由	

不服申し立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に新潟県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、新潟県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に聖籠町を被告として(訴訟において聖籠町を代表する者は聖籠町長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か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き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。

問い合わせ先

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書					
聖籠町長 様 次のとおり申請します。					
申請年月日 年 月 日					
申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名				
	居住地	〒		電話番号	
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 児童氏名			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
被保険者証の記号及び番号(※)					保険者名及び番号(※)
※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。					
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、聖籠町から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 _____ 印					

(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

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。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(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、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

別記様式第10号(第8条関係)

障害児通所給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書									
								第 年 月 日	号
<div style="border: 1px dashed black; width: 200px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 〒 </div> <div style="border: 1px dashed black; width: 200px; height: 60px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> 様 </div>									
聖籠町長									
<p>年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給(及び)(利用者負担額減額・免除等)について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の5の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。</p>									
記									
受給者証番号								通所給付決定保護者氏名	
給付決定年月日								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	
	肢体不自由児通所医療(食事療養を除く)の負担上限月額								
	上限額の適用期間								
<p>不服申立て及び取消訴訟</p> <p>1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に新潟県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、新潟県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。</p> <p>2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に聖籠町を被告として(訴訟において聖籠町を代表する者は聖籠町長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。)でなければ提起することができないこととされています。</p> <p>(1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>									
問い合わせ先									

別記様式第11号(第8条関係)

(一)	(二)	(三)																																																
通所受給者証	障害児通所給付費の給付決定内容	障害児通所給付費の給付決定内容																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>受給者証番号</td><td></td></tr> <tr><td>居住地</td><td></td></tr> <tr><td>フリガナ</td><td></td></tr> <tr><td>氏名</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>フリガナ</td><td></td></tr> <tr><td>氏名</td><td></td></tr> <tr><td>生年月日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>交付年月日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>支給市町村名及び印</td><td></td></tr> </table>	受給者証番号		居住地		フリガナ		氏名		生年月日	年 月 日	フリガナ		氏名		生年月日	年 月 日	交付年月日	年 月 日	支給市町村名及び印		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>支援の種類</td><td></td></tr> <tr><td>支給量等</td><td></td></tr> <tr><td>給付決定期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td>支援の種類</td><td></td></tr> <tr><td>支給量等</td><td></td></tr> <tr><td>給付決定期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td>予備欄</td><td></td></tr> </table>	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		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>支援の種類</td><td></td></tr> <tr><td>支給量等</td><td></td></tr> <tr><td>支給決定期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td>支援の種類</td><td></td></tr> <tr><td>支給量等</td><td></td></tr> <tr><td>給付決定期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td>予備欄</td><td></td></tr> </table>	支援の種類		支給量等		支給決定期間	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	
受給者証番号																																																		
居住地																																																		
フリガナ																																																		
氏名																																																		
生年月日	年 月 日																																																	
フリガナ																																																		
氏名																																																		
生年月日	年 月 日																																																	
交付年月日	年 月 日																																																	
支給市町村名及び印																																																		
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																																																		
支援の種類																																																		
支給量等																																																		
支給決定期間	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)	(五)	(六)																																																						
障害児相談支援給付費の支給内容	利用者負担に関する事項	障害児通所支援事業者記入欄																																																						
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>支給期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td>指定相談支援事業所名</td><td></td></tr> <tr><td>モニタリング期間</td><td></td></tr> <tr><td>予備欄</td><td></td></tr> </table>	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		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>負担上限月額</td><td>円</td></tr> <tr><td>適用期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td>食事提供体制加算対象者</td><td></td></tr> <tr><td>適用期間</td><td>年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td>利用者負担上限額管理対象者該当の有無</td><td></td></tr> <tr><td>利用者負担上限額管理事業所名</td><td></td></tr> <tr><td>特記事項欄</td><td></td></tr> <tr><td>予備欄</td><td></td></tr> </table>	負担上限月額	円	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		利用者負担上限額管理事業所名		特記事項欄		予備欄		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>事業者及びその事業所の名称</td><td></td></tr> <tr><td>支援の内容</td><td></td></tr> <tr><td>契約支給量</td><td></td></tr> <tr><td>契約日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>事業者確認印</td><td></td></tr> <tr><td>事業者及びその事業所の名称</td><td></td></tr> <tr><td>支援の内容</td><td></td></tr> <tr><td>契約支給量</td><td></td></tr> <tr><td>契約日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>事業者確認印</td><td></td></tr> <tr><td>事業者及びその事業所の名称</td><td></td></tr> <tr><td>支援の内容</td><td></td></tr> <tr><td>契約支給量</td><td></td></tr> <tr><td>契約日</td><td>年 月 日</td></tr> <tr><td>事業者確認印</td><td></td></tr> </table>	事業者及びその事業所の名称		支援の内容		契約支給量		契約日	年 月 日	事業者確認印		事業者及びその事業所の名称		支援の内容		契約支給量		契約日	年 月 日	事業者確認印		事業者及びその事業所の名称		支援の内容		契約支給量		契約日	年 月 日	事業者確認印	
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																																																								
負担上限月額	円																																																							
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																																																								
利用者負担上限額管理事業所名																																																								
特記事項欄																																																								
予備欄																																																								
事業者及びその事業所の名称																																																								
支援の内容																																																								
契約支給量																																																								
契約日	年 月 日																																																							
事業者確認印																																																								
事業者及びその事業所の名称																																																								
支援の内容																																																								
契約支給量																																																								
契約日	年 月 日																																																							
事業者確認印																																																								
事業者及びその事業所の名称																																																								
支援の内容																																																								
契約支給量																																																								
契約日	年 月 日																																																							
事業者確認印																																																								

(七)		(八)		(九)	
障害児通所支援事業者記入欄		注意事項欄		注意事項欄	
4	事業者及びその事業所の名称	事業者種別印	1 この証は、各証をよく読んで大切に持っていきください。 2 指定障害児通所支援又は基幹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幹該当事業所に提示してください。 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。 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法令で定める額(当該法令で定める額が、指定障害児通所支援等に要した費用(食事、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、基幹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。 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聖籠町に提出してください。 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、聖籠町にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。	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、聖籠町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、この証を添えて聖籠町にその旨を届け出てください。 9 給付決定期間内に、居住地を移すとする場合は、事前に、この証を交付した聖籠町にご連絡、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、この証を交付した聖籠町(同居居住地の市町村)に届け出てください。 10 この証を破損したり、汚れ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、速やかに聖籠町に返してください。 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を聖籠町に返してください。 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。	
	支援の内容				
	契約支給日				年 月 日
	契約支給日				年 月 日
5	事業者及びその事業所の名称	事業者種別印	1 この証は、各証をよく読んで大切に持っていきください。 2 指定障害児通所支援又は基幹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幹該当事業所に提示してください。 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。 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法令で定める額(当該法令で定める額が、指定障害児通所支援等に要した費用(食事、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、基幹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。 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聖籠町に提出してください。 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、聖籠町にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。	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、聖籠町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、この証を添えて聖籠町にその旨を届け出てください。 9 給付決定期間内に、居住地を移すとする場合は、事前に、この証を交付した聖籠町にご連絡、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、この証を交付した聖籠町(同居居住地の市町村)に届け出てください。 10 この証を破損したり、汚れ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、速やかに聖籠町に返してください。 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を聖籠町に返してください。 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。	
	支援の内容				
	契約支給日				年 月 日
	契約支給日				年 月 日
6	事業者及びその事業所の名称	事業者種別印	1 この証は、各証をよく読んで大切に持っていきください。 2 指定障害児通所支援又は基幹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幹該当事業所に提示してください。 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。 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法令で定める額(当該法令で定める額が、指定障害児通所支援等に要した費用(食事、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、基幹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。 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聖籠町に提出してください。 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、聖籠町にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。	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、聖籠町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、この証を添えて聖籠町にその旨を届け出てください。 9 給付決定期間内に、居住地を移すとする場合は、事前に、この証を交付した聖籠町にご連絡、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、この証を交付した聖籠町(同居居住地の市町村)に届け出てください。 10 この証を破損したり、汚れ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、速やかに聖籠町に返してください。 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を聖籠町に返してください。 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。	
	支援の内容				
	契約支給日				年 月 日
	契約支給日				年 月 日

肢体不自由児通所医療受給者証		注意事項欄	
交付申請者名		1 この証は、各証をよく読んで大切に持っていきください。 2 指定障害児通所医療受給を受けようとするときは、必ずこの証に指定申請受給者証が添付された状態の医療保険の被保険者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。 3 肢体不自由児通所医療受給の内、二ヶ月間はこの証の発行(毎月欄欄)に記載された金額(一ヶ月間の上限)となります。 4 指定障害児通所医療受給の内、二ヶ月間は毎年度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聖籠町に提出してください。 5 医療型児童発達支援(指定医療型児童発達支援)の受給が可能な状態にあり、この証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。 6 給付決定期間内に、居住地を移すとする場合は、事前に、この証を交付した聖籠町にご連絡、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、この証を交付した聖籠町(同居居住地の市町村)に届け出てください。 7 この証を破損したり、汚れ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、速やかに聖籠町に返してください。 8 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を聖籠町に返してください。 9 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。	
交付申請者住所			
氏名	年 月 日		
医療型児童発達支援受給者名	医療型児童発達支援事業所		
住所(市町村)	肢体不自由児通所医療受給(申請書添付)	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		
支給市町村名			
及び印			

却下決定通知書

第 年 月 日
号

〒 -
様

聖籠町長

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給及び（利用者負担額減額・免除等）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に新潟県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、新潟県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に聖籠町を被告として（訴訟において聖籠町を代表する者は聖籠町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときに除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から3か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。

問い合わせ先

別記様式第 14 号 (第 9 条関係)

(表)

障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

聖籠町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る児童氏名		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	
	被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

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	
-------	--

	支援の種類	申請に係る具体的内容
変更を申請する支援	<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	

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、聖籠町から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 _____ 印

(裏)

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

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。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(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、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

別記様式第15号（第10条関係）

障害児通所給付費支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

第 号
年 月 日

様

聖籠町長

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給変更（及び）利用者負担額減額・免除等の変更について、児童福祉法第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番	証号									通所給付決 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	変更前										
	変更後										

受給者証を聖籠町（担当課）に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先

提出期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に新潟県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、新潟県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。

2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に聖籠町を被告として（訴訟において聖籠町を代表する者は聖籠町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1) 審査請求があった日から3か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。

問い合わせ先

別記様式第16号(第10条関係)

障害児通所給付費支給変更申請却下通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請却下通知書

第 号
年 月 日

申請者 住所
氏名 様

聖籠町長

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費支給決定変更及び利用者負担額減額・免除等の変更について、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この処分について不服があるときは、処分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、新潟県知事に審査請求することができます。
- 2 この処分について不服があるときは、この処分についての審査請求の裁決を経た後に、審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に聖籠町を被告(訴訟においては町長が被告の代表者となります。)として、この処分についての取消しの訴えを提起することができます。ただし、次に掲げる場合には、審査請求の裁決を経ることなく、この処分についての取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求をした日の翌日から起算して3箇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きの続行により生じる著しい損害を避けるための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。

問い合わせ先

別記様式第 17 号 (第 11 条関係)

支給決定取消通知書

第 年 月 日 号

〒

様

聖籠町長

児童福祉法第 21 条の 5 の 9 第 1 項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証番	号	給付決定保護者氏名
支給決定取消日		給付決定に係る児童氏名
取消理由		

受給者証を聖籠町(担当課)に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先

返還期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 60 日以内に新潟県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、新潟県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に聖籠町を被告として(訴訟において聖籠町を代表する者は聖籠町長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から 3 か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。

問い合わせ先

別記様式第 18 号 (第 12 条関係)

申請内容変更届出書

聖籠町長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ 給付決定保護者 氏名		生年 月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る 児童氏名		続柄 生年 月日	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外 (下の欄に記入)	
フリガナ 氏 名		本人と の関係	
住 所	〒 電話番号		

変更事項 (該当に○を して下さい。)	給付決定保護者に 関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

別記様式第 19 号 (第 13 条関係)

受給者証再交付申請書

聖籠町長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	1 通所受給者証	受給者 証番号	
	2 肢体不自由児通所医療受給者証		

フリガナ 給付決定保護者 氏名		生年 月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る 児 童 氏 名		続柄 生年 月日	年 月 日

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 氏 名		本人と の関係
住 所	〒 電話番号	

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況
-------	---

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)

別記様式第20号(第14条関係)

特例障害児通所給付費支給申請書

【 年 月 分】

聖籠町長 様

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所給付費の支給を申請します。

フリガナ				受給者証番号
申請者氏名				
申請者生年月日	年 月 日			
居住地				
フリガナ	生年月日	年 月 日	続柄	
給付決定に係る児童氏名				
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			申請者との関係
氏名			
住所	〒 電話番号		

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下さい。

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	
	フリガナ		口座番号	
	口座名義人			

(注意) この申請書に該当月分の領収証及び通サービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考

別記様式第 21 号 (第 14 条関係)

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

聖籠町長

年 月 日に申請のありました特例障害児通所給付費の支給について児童福祉法第 21 条の 5 の 4 の規定に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

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			

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 60 日以内に新潟県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、新潟県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に聖籠町を被告として (訴訟において聖籠町を代表する者は聖籠町長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後 (次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。) でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から 3 か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。

問い合わせ先

障害児支援利用計画案提出依頼書

第 年 月 日
号

〒

様

聖籠町長

児童福祉法（第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、障害児支援利用計画案の提出を求めます。
提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

・障害児相談支援給付費支給申請書

※ 既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。

・障害児相談支援（変更）届出書

※ 既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要。

提出先

提出期限 年 月 日

別記様式第23号（第17条関係）

障害児相談支援給付費支給申請書

聖籠町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒		
		電話番号		
申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
障害児支援利用計画を作成する事業所				

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	

障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

第 年 月 日

〒 -
様

聖籠町長

児童福祉法第24条の2第1項の規定に基づき、障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

記

通所受給者証番号											
申請者氏名						申請に係る 児童氏名					
支給の可否	可 ・ 否										
支給する	支給期間	年 月 ～ 年 月									
	モニタリング期間										
支給しない	支給しない理由										

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に聖籠町長に対し異議申立てをすることができます。なお、異議申立てをした場合には、聖籠町長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、聖籠町を被告として（訴訟において聖籠町を代表する者は聖籠町長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

問い合わせ先

別記様式第 26 号 (第 20 条関係)

高額障害児通所給付費支給申請書

聖籠町長 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		①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②児童福祉法③介護保険法										
申請者氏名 (給付決定保護者等氏名)		制度	受給者証番号・被保険者証番号									
生年月日	年 月 日											
居住地	〒											
		電話番号										
フリガナ		続柄										
給付決定に係る児童氏名		生年月日	年 月 日									
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		申請に係るサービス利用月	年 月 分									
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額												
同一世帯に属する他の 支給決定障害者	氏名	生年月日	①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②児童福祉法③介護保険法									
			制度	受給者証番号・被保険者証番号								

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

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	

別記様式第 27 号 (第 20 条関係)

高額障害児通所給付費支給 (不支給) 決定通知書

第 年 月 日 号

〒 -
様

聖籠町長

年 月 日に申請のありました高額障害児通所給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

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	年 月分
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										

不服申立て及び取消訴訟

【高額障害児通所給付費の場合】

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に新潟県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、新潟県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に聖籠町を被告として(訴訟において聖籠町を代表する者は聖籠町長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から3か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。

問い合わせ先

附 則

この規則は、公布の日から施行する。