聖籠町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公布する。

平成２８年３月３１日

聖籠町長　渡邊　廣吉

聖籠町規則第１０号

聖籠町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

聖籠町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１９年聖籠町規則第１５号）の一部を次のように改正する。

別記様式第１号表面を次のように改める。

別記様式第1号（第4条関係）

（表）

（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）
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			
	氏名	個人番号：　印	生年月日	年　月　日
	居住地	〒　電話番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			
		個人番号：	生年月日	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		疾病名	
被保険者証の記号及び番号（※）				保険者名及び番号（※）			
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。）							有・無

※「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、療養介護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	障害支援区分の認定	有・無	区分等　1　2　3　4　5　6　非該当	有効期間
		利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険サービス	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	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	□居宅介護		
		□重度訪問介護		
		□同行援護		
		□行動援護		
		□短期入所		
		□重度障害者等包括支援		
	日中活動系	□療養介護	□自立訓練（機能訓練）	
		□生活介護	□自立訓練（生活訓練）	
			□宿泊型自立訓練	
			□就労移行支援	
			□就労移行支援（養成施設）	
			□就労継続支援A型	
			□就労継続支援B型	
	居住系	□施設入所支援	□共同生活援助（グループホーム）	
	地域相談支援	□地域移行支援		
		□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、障害程度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、新発田市障害者介護給付費等支給審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、聖籠町から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

別記様式第９号を次のように改める。

別記様式第9号(第10条関係)

申請内容変更届出書

聖籠町長　　様

年　月　日

下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

記

フリガナ		生年月日	年　月　日
支給決定障害者(保護者)氏名	個人番号：		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号：	生年月日	年　月　日

届出書提出者	□支給決定障害者等(本人)　□本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

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１０号を次のように改める。

別記様式第10号(第11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　障害福祉サービス受給者証 2　地域相談支援受給者証 3　療養介護医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ 支給決定障害者(保護者)氏名	個人番号：	生年月日	年　月　日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る児童氏名	個人番号：	続柄	
		生年月日	年　月　日

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外(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１１号を次のように改める。

別記様式第11号(第12条関係)

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】

聖籠町長　　様

年　　月　　日

下記のとおり、関係書類を添えて特例介護給付費・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の支給を申請します。

記

フリガナ		障害福祉サービス受給者証番号	
申請者氏名	個人番号：		
		地域相談支援受給者証番号	
申請者生年月日	年　月　日		
居住地			
フリガナ		生年月日	年　月　日
支給決定に係る児童氏名	個人番号：		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	□申請者本人　□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	店舗コード	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

(注)　この申請書に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。

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１７号を次のように改める。

別記様式第17号(第16条関係)

計画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	個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
申請に係る児童氏名		個人番号：	続柄	
サービス等利用計画を作成する事業所				

申請書提出者	□申請者本人　□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１９号を次のように改める。

別記様式第19号(第19条関係)

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

年　月　日

聖籠町長　　様

下記のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費費の支給を申請します。

記

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(支給決定障害者等氏名)	個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号等
生年月日	年　月　日		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給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・被保険者証番号等
	個人番号：			
	個人番号：			
	個人番号：			

(注1)　支払額を証する領収書を添付してください。

(注2)　世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

(注3)　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。

高額障害福祉サービス等給付費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	□申請者本人　□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		

別記様式第２１号表面を次のように改める。

別記様式第21号(第20条関係)

(表)

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1												
フリガナ 受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日					
フリガナ 受診者住所						電話番号						
個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係						
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2						
	保護者個人番号											
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名									
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号									
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上				重度かつ継続 ※4	該当・非該当					
身体障害者手帳番号又は精神障害者保健福祉手帳番号												
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業者を含む。)	医療機関名		所在地・電話番号									
受給者番号 ※5												

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名　　印 ※6

年　月　日

聖籠町長　　様

※1　新規・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。
※2　受診者本人と異なる場合に記入する。
※3　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※4　チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
※5　再認定又は変更の方のみ記入。
※6　申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

---------- ここから下の欄には記入しないでください。 ----------

町記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	個人番号　市町村民税課税証明書　市町村民税非課税証明書　標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書　その他収入等を証明する書類(　　)				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
前回の有効期限		月額自己負担上限額			
備考					

別記様式第２５号を次のように改める。

別記様式第25号(第22条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届出書(育成医療・更生医療)				
受診者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年　月　日
	フリガナ			
	住所	電話番号		
	個人番号			
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄	
	氏名			
	フリガナ			
	住所	電話番号		
	個人番号			
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間	年　月　日から　年　月　日まで			
変更内容	事項	変更前	変更後	
	受診者に関する事項(氏名・住所・電話番号)			
	保護者に関する事項(氏名・住所・電話番号)			
	被保険者証に関する事項(記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者)			
	身体障害者手帳番号又は精神障害者保健福祉手帳番号			
備考				

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名　　印

年　月　日

聖籠町長　　様

※　自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書(変更)に記載すること。

※　医療受給者証を添付してください。

別記様式第２８号を次のように改める。

別記様式第28号(第25条関係)

補装具費(購入・修理)支給申請書

申請日　　年　　月　　日

聖籠町長　　様

(申請者)

住　　所

氏　　名　　印

個人番号

(対象者との続柄　　)

電　話

下記のとおり補装具費の支給申請(購入・修理)をいたします。

補装具費の支給申請(購入・修理)の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	住所					
	フリガナ					
	氏名	(個人番号：　　)				
	生年月日	年　　月　　日	性別		電話	
身体障害者手帳		手帳番号	第　　号	交付年月日	年　　月　　日	
		障害種別		障害等級	級	
障　害　名						
疾　患　名		(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令に規定する疾患名を記載のこと)				
購入・修理を受ける補装具名						
判定予定日						
希望する補装具業者	名称					
	所在地					
	電話					
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		□　生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。				

附　則

この規則は、公布の日から施行する。