

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27年4月1日

聖籠町長 渡 邊 廣 吉

#### 聖籠町規則第21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。

第3条第1項に次の1号を加える。

#### （3） 補装具支給認定者台帳

第4条の見出し中「支給決定」を「介護給付費等の支給決定等」に改め、同条中「又は」を「及び」に、「及び」を「並びに」に改め、「特定障害者特別給付費の」の次に「支給並びに省令第34条の31第1項に規定する地域相談支援給付費決定の」を加え、「（特定障害者特別給付費）」を「・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費」に改める。

第5条の見出し中「支給決定」を「介護給付費等の支給決定等」に改め、同条第1項中「（特定障害者特別給付費）」を「・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費」に、「別記様式第3号。」を「別記様式第3号）又は地域相談支援受給者証（別記様式第3号の2）（」に改め、同条第2項中「別記様式第3号の2」を「別記様式第3号の3」に改める。

第7条の見出し中「支給決定」を「介護給付費等の支給決定等」に改め、同条中「及び」を「、」に改め、「届出書」を「変更の届出書及び省令第34条の44に規定する変更の申請書」に改め、「（特定障害者特別給付費）」を「・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費」に改める。

第8条の見出し中「支給決定」を「介護給付費等の支給決定等」に改め、同条中「支給決定」を「支給決定等」に、「（特定障害者特別給付費）」を「・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費」に改める。

第9条の見出し中「支給決定」を「介護給付費等の支給決定等」に改め、同条中「第20条第1項」の次に「、省令第34条の6第2項及び省令第34条

の49第1項」を加え、「支給決定の取消し」を「支給決定等の取消し」に改める。

第10条中「第22条第1項」の次に「、省令第34条の3第4項及び省令第34条の48第1項」を加える。

第11条中「第23条第1項」の次に「及び省令第34条の50第1項」を加え、「又は」を「並びに」に改める。

第12条の見出し中「特例介護給付費、特例訓練等給付費又は特例特定障害者特別給付費」を「特例介護給付費等」に改め、同条中「若しくは」を「及び」に、「又は」を「並びに」に改め、「支給の申請書」の次に「並びに省令第34条の53第1項に規定する特例地域相談支援給付費の申請書」を、「・特例特定障害者特別給付費」の次に「・特例地域相談支援給付費」を加える。

第13条中「第30条第2項」を「第30条第3項」に改める。

第15条及び第16条を次のように改める。

(サービス等利用計画案の提出依頼)

第15条 省令第12条の3及び省令第34条の37に規定するサービス等利用計画案の提出を求めるときの通知は、サービス等利用計画案提出依頼書(別記様式第16号)によるものとする。

(計画相談支援給付費の支給の申請)

第16条 省令第34条の54第1項に規定する計画相談支援給付費の支給の申請書は、計画相談支援給付費支給申請書(別記様式第17号)によるものとする。

第20条及び第21条を削る。

第19条の見出し中「支給認定」を「自立支援医療費の支給認定等」に改め、同条中「前条」の次に「第1項」を、「に対し支給認定」の次に「又は支給認定の変更」を加え、「更生医療」を「育成医療・更生医療」に改め、「(新規・再認定・変更)」を削り、同条を第21条とする。

第18条の見出し中「支給認定」の次に「等」を加え、同条中「支給認定の申請書」の次に「又は省令第45条第1項に規定する支給認定の変更の申請書」を加え、「更生医療」を「育成医療・更生医療」に改め、同条に次の1項を加える。

2 町長は、前項の申請があったときは、必要に応じ、身体障害者更生相談所（身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第9条第7項に規定する身体障害者更生相談所をいう。）の判定を求めるものとする。

第18条を第20条とする。

第17条の見出し中「サービス」の次に「等給付」を加え、同条中「第34条第1項」を「第65条の9の2第1項」に改め、「サービス」の次に「等給付」を加え、同条を第19条とする。

第16条の次に次の2条を加える。

（計画相談支援給付費の支給の通知）

第17条 町長は、前条の申請に対し計画相談支援を受けたと認めるとき又は計画相談支援給付費の支給を行わないこととしたときは、計画相談支援給付費支給（却下）通知書（別記様式第18号）により申請者に通知するとともに、受給者証に支給期間等を記載するものとする。

（計画相談支援給付費の支給の取消し）

第18条 省令第34条の55第2項に規定する計画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、計画相談支援給付費支給取消通知書（別記様式第18号の2）によるものとし、受給者証にその旨を記載するものとする。

第22条の見出し中「申請内容」を「自立支援医療費の申請内容」に改め、同条中「更生医療」を「育成医療・更生医療」に、「別記様式第26号」を「別記様式第25号」に改める。

第23条中「別記様式第27号」を「別記様式第26号」に改める。

第24条の見出し中「支給認定」を「自立支援医療費の支給認定」に改め、「別記様式第28号」を「別記様式第27号」に改める。

第26条を第28条とし、第25条を第27条とし、第24条の次に次の2条を加える。

（補装具の支給申請）

第25条 省令第65条の7第1項に規定する補装具費の支給の申請書は、補装具費（購入・修理）支給申請書（別記様式第28号）によるものとする。

(補装具費の支給決定等の通知)

第26条 町長は、前条の申請に対し支給を決定したときは、補装具費支給決定通知書（別記様式第29号）により申請者に通知するとともに、補装具費支給券（別記様式第30号）を申請者に交付するものとする。

2 町長は、前条の申請に対し支給を行わないことを決定したときは、補装具費支給却下決定通知書（別記様式第31号）により申請者に通知するものとする。

別記様式第1号中「介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費」を「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」に、「障害児氏名」を「児童氏名」に、

「

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	
---------------	--	------------	--	-------------------	--

」を

「

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	
---------------	--	------------	--	-------------------	--	-----	--

」

に、「障害程度区分」を「障害支援区分」に、「区分 1 2 3 4 5 6」を「区分等 1 2 3 4 5 6 非該当」に、

「

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"/> 児童デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	
日中活動系	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	
	<input type="checkbox"/> 療養介護	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)	
	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
居住系	<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	
	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)	
	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
旧設法支援	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	
	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者更生施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 旧身体障害者授産施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者授産施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者更生施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 旧知的障害者通勤寮	

」を

「

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	

」に、

「サービス利用計画」を「サービス等利用計画」に、「指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設」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」に、「介護給付費（旧法指定施設を除く。）」を「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、排せつ又は食事等の介護の提供を受けること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。）」に改め、「特定旧法指定施設」を削り、「グループホーム等入居者（注）」を「グループホーム入居者」に改め、「（注） 対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム）」を削り、「定率負担減免措置」を「自己負担減免措置」に改める。

別記様式第2号中「介護給付費 訓練等給付費・特定障害者特別給付費」を「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」に、「第22条（及び）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第29条」を「第22条（及び）第29条」に改め、「第34条）」の次に「（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第5

1条の7及び第51条の14)」を加え、

「

受給者証番号	.....	支給決定障害者(保護者)氏名	
支給決定年月日		支給決定に係る障害児氏名	
障害程度区分		障害程度区分の有効期間	
支給決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	特記事項		
利用者負担上限月額		円	左の上限月額の適用期間
特定障害者特別給付費(施設入所支援・旧法施設支援)	日額	円	左の給付費の適用期間
特定障害者特別給付費(共同生活介護・共同生活援助・重度障害者等包括支援)	月額	円	左の給付費の適用期間

」を

障害福祉サービス 受給者証 番 号								地域相談支援 受給者証 番 号								
支給決定障害者 (保護者) 氏名								支給決定に係る 児 童 氏 名								
障害支援 区 分		支給 決定年月日					障害支援区分の 有効期間									
支給決定 内容	サービスの種類		支援の内容及び支給（給付）量					有効期間								
	特 記 事 項															
利用者負担上限月額			円		左の上限月額の 適用期間											
特定障害者特別給付費 (施設入所支援)	日額	円		左の給付費の 適用期間												
特定障害者特別給付費 (共同生活援助・ 重度障害者等包括支援)	月額	円		左の給付費の 適用期間												

に改める。

別記様式第3号中「障害児」を「児童」に改め、「1 2 3」の次に「4  
5」を加え、「

介護給付費の支給決定内容	
障害程度区分	

」を

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	

」に、

「

旧法施設支援		
サービス種別		
支給量等		障害程度区分
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
サービス種別		
支給量等		障害程度区分
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	

」を

「

--

」に、

「

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	

」を



「

訓練等給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	

」に、

「サービス利用計画作成費」を「計画相談支援給付費」に、

「

指定相談支援事業所名
指定相談支援事業所名

」を

「

指定特定相談支援事業所名
モニタリング期間

」に改め、

「又は旧法支援施設」及び「共同生活介護、」を削り、

「

利用者負担 割合(原則)	1割	負担上限月額	
-----------------	----	--------	--

」を

「

負担上限月額	
--------	--

」に改め、

(九)

「

番号	児童デイサービス事業者記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称		
	契約日	年 月 日	
	サービス内容		
	契約支給量( / 月)	日	
	事業者確認印		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	
	サービス内容 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日	
事業者確認印			
2	事業者及びその事業所の名称		
	契約日	年 月 日	
	サービス内容		
	契約支給量( / 月)	日	
	事業者確認印		
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	
	サービス内容 当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日	
事業者確認印			

」を削り、

「十」を「九」に、「十一」を「十」に改め、「・旧法施設支援（通所）」を削り、「十二」を「十一」に改め、「・共同生活介護」及び「・旧法施設支援（入所）」を削り、「十三」を「十二」に、「金額は、」の次に「当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、」を、「除く。）の」の次に「総額の」を、「1割」の次に「を超過るときは1割相当の額）」を加え、「また、食事等に要する費用について、特定障害者特別給付費欄に記載する額を1日当たりの上限として支給します。」を削り、「町に」を「聖籠町に」に、「十四」を「十三」に、「障害程度区分の」を「障害支援区分の」に、「町（旧居住地）」を「聖籠町（旧居

住地」に改める。

別記様式第3号の2を別記様式第3号の3とし、別記様式第3号の次に次の1様式を加える。

別記様式第3号の2(第5条関係)

(一) 地域相談支援受給者証		(二) 地域相談支援給付費の給付決定内容		(三) 一般相談支援事業者記載欄			
受給者証番号		地域相談支援の種類		提供する地域相談支援の種類	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日	事業者確認印
地域相談支援給付決定障害者	居住地	地域相談支援給付量等				契約日	
	フリガナ	地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで			サービス提供終了日	
	氏名	地域相談支援の種類		契約日			
	生年月日	地域相談支援給付量等		サービス提供終了日			
障害種別	1 2 3 4 5	地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	予備欄			
交付年月日	年 月 日	予備欄					
支給市町村名及び印							

(四) 計画相談支援給付費の支給内容		(五) 注意事項
支給期間	年 月 から 年 月 まで	<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。</p> <p>3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を過ぎる前に、聖羅町にこの証を預えて、給付の再申請をしてください。</p> <p>4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を預えて聖羅町にその旨を届け出てください。</p> <p>5 給付決定期間内に、居住用を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した聖羅町にご連絡、ご相談ください。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を預えて、この証を交付した聖羅町(旧居住地の市町村)に届け出てください。</p> <p>6 この証を破損したり、汚し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。</p> <p>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、速やかに聖羅町に返してください。</p> <p>7 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を聖羅町に返してください。</p> <p>8 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場合があります。</p> <p>9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。</p>
指定特定相談支援事業所名		
モニタリング期間		
予備欄		

別記様式第4号中「(特定障害者特別給付費)」を「・特定障害者特別給付

費・地域相談支援給付費」に改める。

別記様式第5号中「(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)」を「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」に、「障害児氏名」を「児童氏名」に、

「

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	
-----------	--	--------	--	---------------	--

」を

「

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	
-----------	--	--------	--	---------------	--	-----	--

」

に、「障害程度区分」を「障害支援区分」に、「区分 1 2 3 4 5 6」を「区分等 1 2 3 4 5 6 非該当」に、

「

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"/> 児童デイサービス	
	<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"/> 就労移行支援
		<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"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	
旧設法支 施援	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設(入所・通所)
	<input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設(入所・通所)
	<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮

」を

「

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	

」に

改め、同様式表面に次のように加える。

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、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5号中「介護給付費（旧法指定施設を除く。）」を「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、排せつ又は食事等の介護の提供を受けること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。）」に改め、「、特定旧法指定施設」を削り、「グループホーム等入居者（注）」を「グループホーム入居者」に改め、「（注）対象事業所は、共同生活介護（ケアホーム）、共同生活援助（グループホーム）」を削り、「定率負担減免措置」を「自己負担減免措置」に改める。

別記様式第6号中「(特定障害者特別給付費)」を「・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費」に改め、「について、」の次に「(」を加え、「第24条第2項」を「第24条及び第29条) (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第34条) (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第51条の9)」に、「障害児」を「児童」に改める。

別記様式第7号中「(特定障害者特別給付費)」を「・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費」に改める。

別記様式第8号中「第25条第1項」の次に「及び第51条の10第1項」を加え、

「

受給者証番号	.....	支給決定障害者(保護者)氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る障害児氏名	

」を

「

障害福祉サービス受給者証番号	.....	地域相談支援受給者証番号	.....
支給決定障害(保護者)氏名		支給決定に係る児童氏名	
支給決定取消日			

」に

改める。

別記様式第9号中「障害児」を「児童」に改める。

別記様式第10号中「

受給者証の種類	1 障害福祉サービス受給者証 2 療養介護医療受給者証
---------	--------------------------------

」を

「

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
---------	--

」に、

「障害児」を「児童」に改める。

別記様式第11号中「・特例特定障害者特別給付費」の次に「・特例地域相談支援給付費」を加え、

「

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	

」を

「

フリガナ		障害福祉サービス受給者証番号
申請者氏名		
		地域相談支援受給者証番号
申請者生年月日	年 月 日	

」に、

「障害児」を「児童」に、「請求額」を「特例地域相談支援給付費請求額」に改める。

別記様式第12号中「特別給付費」の次に「・特例地域相談支援給付費」を加え、「及び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第35条」を「、第35条及び第51条の15」に、

「

受給者証番号		申請者氏名	
--------	--	-------	--

」を

「

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
申請者氏名			

」に

改める。

別記様式第16号を次のように改める。

別記様式第16号（第15条関係）

サービス等利用計画案提出依頼書		第	号
年	月	年	日
〒 -			
様			
		聖籠町長	
<p>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（第22条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案の提出を求めます。</p> <p>提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。</p>			
記			
・計画相談支援給付費支給申請書			
※ 既に計画相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。			
・計画相談支援（変更）届出書			
※ 既に計画相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画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			
	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	
サービス等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	

別記様式第18号を次のように改める。

別記様式第18号（第17条関係）

計画相談支援給付費支給（却下）通知書							
<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 2em;">〒</span> - <span style="font-size: 2em;">-</span>  様           </div>	第 年 月 日						
聖籠町長							
<p>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第51条の17第1項の規定に基づき、計画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。</p>							
記							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">障害福祉サービス 受給者証 番号</td> <td style="width: 35%;"></td> <td style="width: 15%;">地域相談支援 受給者証 番号</td> <td style="width: 35%;"></td> </tr> </table>	障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 受給者証 番号				
障害福祉サービス 受給者証 番号		地域相談支援 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						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">支給する</td> <td style="width: 10%;">支給期間</td> <td style="width: 80%;">年 月 ~ 年 月</td> </tr> <tr> <td></td> <td>モニタリング 期間</td> <td></td> </tr> </table>	支給する	支給期間	年 月 ~ 年 月		モニタリング 期間		
支給する	支給期間	年 月 ~ 年 月					
	モニタリング 期間						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">支給しない</td> <td style="width: 10%;">支給しない 理由</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> </table>	支給しない	支給しない 理由					
支給しない	支給しない 理由						
<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。</p> <p>2 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。)</p>							
<p>問い合わせ先</p>							

別記様式第18号の次に次の1様式を加える。

別記様式第18号の2（第18条関係）

計画相談支援給付費支給取消通知書																																																																							
〒 -  様										第 年 月 日 号																																																													
聖籠町長																																																																							
<p>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第51条の17第1項の規定に基づき、計画相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">障害福祉サービス受給者証番号</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;">地域相談支援受給者証番号</td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td>支給取消に係る障害者（保護者）</td> <td colspan="5"></td> <td>支給取消に係る児童氏名</td> <td colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>支給取消日</td> <td colspan="11" style="text-align: center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>取消理由</td> <td colspan="11"></td> </tr> <tr> <td>障害福祉サービス受給者証又は地域相談支援受給者証提出先及び提出期限</td> <td colspan="11">                 提出先：                  提出期限： 年 月             </td> </tr> </table>												障害福祉サービス受給者証番号						地域相談支援受給者証番号						支給取消に係る障害者（保護者）						支給取消に係る児童氏名						支給取消日	年 月 日											取消理由												障害福祉サービス受給者証又は地域相談支援受給者証提出先及び提出期限	提出先： 提出期限： 年 月										
障害福祉サービス受給者証番号						地域相談支援受給者証番号																																																																	
支給取消に係る障害者（保護者）						支給取消に係る児童氏名																																																																	
支給取消日	年 月 日																																																																						
取消理由																																																																							
障害福祉サービス受給者証又は地域相談支援受給者証提出先及び提出期限	提出先： 提出期限： 年 月																																																																						
<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。</p> <p>2 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。）。</p> <p>問い合わせ先</p>																																																																							

別記様式第19号中「第17条」を「第19条」に改め、「福祉サービス」の次に「等給付費」を加え、「②介護保険法③身体・知的障害者福祉法」を「②児童福祉法③介護保険法」に、「障害児」を「児童」に改める。

別記様式第20号中「第17条」を「第19条」に改め、「福祉サービス」の次に「等給付」を加え、「第33条」を「第76条の2」に、「障害児」を「児童」に改める。

別記様式第21号中「第18条、」を削り、「医療費（」の次に「育成医療・」を加え、

「

障害者・児	フリガナ 受診者氏名
	フリガナ 受診者住所

」を「

フリガナ 受診者氏名
フリガナ 受診者住所

」に、

前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備	考		

」を

「

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		

」に

改める。

別記様式第22号中「第19条、」を削り、「医療費（」の次に「育成医療・」を加え、「（新規・再認定・変更）」を削り、「支給認定障害者」を「支給認定受給者」に、「障害児」を「児童」に改める。

別記様式第23号中「第19条」を「第21条」に、「更生医療」を「育成医療・更生医療」に改める。

別記様式第24号中「第19条」を「第21条」に、「更生医療」を「育成医療・更生医療」に改め、「不支給」の次に「・変更認定申請却下」を、「支給認定」の次に「・変更認定」を加える。

別記様式第 2 5 号を削る。

別記様式第 2 6 号中「更生医療」を「育成医療・更生医療」に改め、同様式を別記様式第 2 5 号とし、別記様式第 2 7 号を別記様式第 2 6 号とする。

別記様式第 2 8 号中「支給認定障害者」を「支給認定受給者」に、「障害児」を「児童」に改め、同様式を別記様式第 2 7 号とする。

別記様式第 2 7 号の次に次の 4 様式を加える。

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

聖籠町長 様		申請日 年 月 日		
		(申請者)		
		住所		
		氏名 ㊟		
		(対象者との続柄 )		
		電話		
<p>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。</p>				
対象者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	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	<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。			

別記様式第 29 号 (第 26 条関係)

〒      ー
様

第                    号  
年      月      日

聖籠町長 渡邊廣吉

補 装 具 費 支 給 決 定 通 知 書

年 月 日 付をもって、申請のあった補装具費の支給について、下記のとおり、決定しましたので通知します。

記

券番号	第                    号	決定年月日	年    月    日		
氏 名		生年月日	年    月    日		
住 所		電話番号			
保護者氏名		利用者との関係			
補装具の名称		購入または修理			
修理部位処方					
補装具業者	名 称 所 在 地 電 話 番 号				
月額負担上限額	既負担額	差引今回月額上限額			
装 具 名	基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額
			超過負担額	定率負担額	
合 計			計		
備 考	補装具業者へ交付(修理)券が交付された旨の連絡をしていただき、交付(修理)券・請求書兼委任状と引き換えに補装具を受給してください。				

補 装 具 費 支 給 券					
券番号	第	号	決定年月日	年 月 日	
氏名			生年月日	年 月 日	
住所			電話番号		
保護者氏名			利用者との関係		
補装具の名称				購入または修理	
修理部位処方					
補装具業者	名 称 所 在 地 電 話 番 号				
月額負担上限額		既負担額		差引今回月額上限額	
装 具 名	基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額
			超過負担額	定率負担額	
合 計			計		
上記のとおり決定する。					
聖籠町長					
判定員 職・氏名		印	判定年月日	年 月 日	
補装具 受領者氏名		印	補装具 受領年月日	年 月 日	
利用者より 受領した額	円		納入業者		
上記受領年月日	年 月 日		印		



〒	—
様	

第 年 月 日 号

聖籠町長

## 却下決定通知書

年 月 日に申請された補装用具の給付及び利用者負担額減免・免除については、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

### 教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に聖籠町長に対して異議申立てをすることができます。

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か月に限り、聖籠町長を被告として(訴訟において聖籠町を代表するもの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、この処分お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通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通達を受けた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。)

附 則

この規則は、公布の日から施行する。