

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28年3月31日

聖籠町長 渡邊 廣吉

聖籠町規則第11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19年聖籠町規則第35号）の一部を次のように改正する。

別記様式第9号表面を次のように改める。

別記様式第9号(第7条関係)

(表)

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	個人番号:		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	個人番号:	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	利用中のサービスの種類と内容等				
	障害福祉関係サービス				
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					

別記様式第18号を次のように改める。

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	個人番号:	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	個人番号	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号を次のように改める。

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 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	
フリガナ 給付決定保護者氏名	個人番号： 〒	生年月日	年 月 日
居 住 地	電話番号		
フリガナ 給付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	<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	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況 </div>		
※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号を次のように改める。

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	個人番号：			
申請者生年月日	年 月 日			
居住地				
フリガナ			生年月日	続柄
給付決定に係る児童氏名	個人番号：		年 月 日	
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23号を次のように改める。

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	個人番号:		
	居住地	〒		
申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	個人番号:		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

別記様式第26号を次のように改める。

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)	個人番号:	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												
	個人番号		制度	受給者証番号・被保険者証番号											
	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) 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	
氏名	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。