

四日市市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12月3日

四日市市長 田中俊行

四日市市規則第55号

四日市市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

四日市市児童福祉法施行細則（平成24年四日市市規則第46号）の一部を次のように改正する。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式 (第2条関係)

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

四日市市

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	明治 大正	年 月 日
	氏名	(個人番号 )		昭和 平成	
	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	疾病名	
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、肢体不自由児通所医療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には必要があるときは、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、四日市市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

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 多子軽減措置に関する認定 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。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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			

第8号様式を次のように改める。

四日市市長

## 同 意 書

1. 私は、児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）に基づく障害児通所給付費の支給認定申請にあたり、私及び世帯を同一にする世帯員の所得及び課税の状況を市が調査することについて同意します。
2. 私は、法第21条の5の7に基づく障害児通所給付等の支給要否決定を行うにあたり、申請児童の医療機関、保健所、児童相談所等、他機関での相談結果および内容を、四日市市が調査し、情報提供を受けることについて同意します。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(個人番号) \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(個人番号) \_\_\_\_\_

(注) 氏名欄には、申請者及び世帯の生計中心者の署名押印をお願いします。

第11号様式及び第12号様式を次のように改める。

受給者証再交付申請書

四日市市長

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		生年 月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
給付決定保護者 氏名	(個人番号 )			
居 住 地	〒 _____ 電話番号			
フリガナ		続柄		
給付決定に係る 児 童 氏 名	(個人番号 )	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		本人と の関係	
氏 名			
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)

第12号様式 (第9条関係)

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

四日市市長  
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	明治 大正 昭和 平成	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	
	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		疾病名
	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		
変更を申請する支援	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		



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(自己負担減免措置、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( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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		

第15号様式を次のように改める。

高額障害児通所給付費支給申請書

四日市市長

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障害者総合支援法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	明治 大正 年 月 日 昭和 平成													
居住地	〒													
		電話番号												
フリガナ		続柄												
給付決定に係る 児童氏名	(個人番号 )	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障害者総合支援法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 農協	本店 支店 支所 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	

第23号様式を次のように改める。

第23号様式（第15条関係）

助産施設入所申込書

年 月 日

妊産婦住所  
氏名  
(個人番号 )

四日市市社会福祉事務所長

助産施設への入所につき次のとおり申し込みます。

入所を希望する助産施設名	第一希望
	第二希望
出産予定日	年 月 日
助産の実施を希望する理由	

○妊産婦の家庭の状況

区分	氏名（フリガナ）	続柄	生年月日	性別	職 業	課税の有無		備考
						本年度 分市町 村民税	前年分 所得税	
妊 産 婦 の 世 帯 員		本人		女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
				男・女		有・無	有・無	
生活保護の状況		適用なし 適用あり（ 年 月 日保護開始）						
社会保険の 加入状況	加入の有無	有・無	保険の種類		出産育児一時金等の額			
	被保険者の記号			番号		被保険者名		

備考

○この入所申込書は、妊産婦が次の点に注意し、記入してください。

- 1 申込書に徴収額決定のために必要な事項に関する書類（課税証明書等）を添付してください。
- 2 「助産の実施を希望する理由」欄には、具体的な状況を記入してください。
- 3 「世帯員」の欄は、入所を希望する妊産婦及び配偶者、同居の親族等の全員について記入してください。

第27号様式を次のように改める。

第27号様式（第16条関係）

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

保護者住所

氏名

（個人番号 ）

四日市市社会福祉事務所長

母子生活支援施設への入所につき次のとおり申し込みます。

入所を希望する施設名	第一希望	
	第二希望	
母子保護の実施を希望する理由		
母子保護の実施を希望する期間	年 月 日から 年 月 日	

○入所を希望する世帯の状況

区分	氏名（フリガナ） 〔個人番号〕	続柄	生年月日	性別	職業・就学状況	健康状態等
世帯員	〔 〕	本人		女		
	〔 〕			男・女		
	〔 〕			男・女		
	〔 〕			男・女		
	〔 〕			男・女		
	〔 〕			男・女		
生活保護の状況		適用なし 適用あり（ 年 月 日保護開始）				

備考

○この入所申込書は、保護者が次の点に注意し、記入してください。

- 「母子保護の実施を希望する理由」欄には、具体的な状況を記入してください。
- 「母子保護の実施を希望する期間」欄は、上記理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入してください。なお、母子保護の実施機関の希望に添えない場合がありますから、あらかじめご承知おきください。
- 「世帯員」の欄は、入所を希望する保護者及びその監護する児童の全員について記入してください。
- 徴収額決定のために必要ですので課税証明書等を添付してください。

第31号様式を次のように改める。



第31号様式（第18条関係）

年 月 日

四日市市長

住所

氏名

印

(個人番号 )

費用徴収額変更申請書

障害福祉サービス、助産の実施、母子保護の実施に要する費用について、以下の理由により徴収額の変更を申請します。

住 所	
氏 名	
サ ー ビ ス 名	障害福祉サービス・助産の実施・母子保護の実施
理 由	

添付書類

○申請事由が明らかになる書類等

第33号様式を次のように改める。

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

四日市市長

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	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏名	(個人番号 )			
	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	
	(個人番号 )		続柄		

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				

第38号様式を次のように改める。

申請内容変更届出書

四日市市長

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	明治 大正 昭和 平成	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。

附 則

この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(こども未来部こども保健福祉課)