

四日市市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30年4月1日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第45号

四日市市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

四日市市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24年四日市市規則第38号)の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
(自立支援医療費の支給認定申請等) 第21条 (略) 2 (略) 3 <u>第12条第2項の規定は、前項の場合に準用するものとする。</u>	(自立支援医療費の支給認定申請等) 第21条 (略) 2 (略)
(補装具費の支給認定申請等) 第26条 法第76条の規定により補装具費の支給を受けようとする身体障害者又は身体障害児の保護者は、補装具費(購入・ <u>借受け</u> ・修理)支給申請書(第40号様式)により申請しなければならない。 2 補装具費の支給を受けようとする身体障害児の保護者は、補装具費(購入・ <u>借受け</u> ・修理)支給申請書に補装具費支給意見書(第41号様式)を添えて提出しなければならない。 3及び4 (略) 5 第1項の申請が、義肢、装具、座位	(補装具費の支給認定申請等) 第26条 法第76条の規定により補装具費の支給を受けようとする身体障害者又は身体障害児の保護者は、補装具費(購入・修理)支給申請書(第40号様式)により申請しなければならない。 2 補装具費の支給を受けようとする身体障害児の保護者は、補装具費(購入・修理)支給申請書に補装具費支給意見書(第41号様式)を添えて提出しなければならない。 3及び4 (略) 5 第1項の申請が、義肢、装具、座位

保持装置、補聴器、車いす（既製品以外のもの）、電動車いす及び重度障害者用意思伝達装置の交付に係るものであり、かつ申請者が障害児での保護者であるときは、福祉事務所長は、身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関に対し、補装具費支給の要否について、補装具費支給助言依頼書（第45号様式）により助言を求めることができるものとする。

6から8まで（略）

（特例補装具費の支給）

第27条 法第76条の規定により、市長が補装具費を支給する場合において、補装具の種目、購入又は修理に関する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号）によることができないときは、福祉事務所長は、特例補装具費判定（助言）依頼書（第50号様式）により、身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関に対し、判定の依頼又は助言を求めるものとする。

（高額障害福祉サービス等給付費の支給申請等）

第29条 法第76条の2に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給申請は、次の各号に掲げる場合において当該各号に定める書類により行うものとする。

保持装置、補聴器、車いす（既製品以外のもの）、電動車いす及び重度障害者用意思伝達装置の交付に係るものであり、かつ申請者が障害児での保護者であるときは、福祉事務所長は、身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関に対し、補装具費支給の要否について、補装具費支給意見依頼書（第45号様式）により意見を求めることができるものとする。

6から8まで（略）

（特例補装具費の支給）

第27条 法第76条の規定により、市長が補装具費を支給する場合において、補装具の種目、購入又は修理に関する費用の額の算定等に関する基準（平成18年厚生労働省告示第528号）によることができないときは、福祉事務所長は、特例補装具費判定（意見）依頼書（第50号様式）により、身体障害者更生相談所その他厚生労働省令で定める機関に対し、判定の依頼又は意見を求めるものとする。

（高額障害福祉サービス等給付費の支給申請等）

第29条 法第76条の2に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給申請は、高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（第51号様式）により行うものとする。

(1) 施行令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給申請 令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（第51号様式）

(2) 施行令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給申請 令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（第52号様式）

2 市長は、前項の申請について支給の要否を決定したときは、次の各号に掲げる場合において当該各号に定める書類により当該申請者に通知するものとする。

(1) 施行令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給要否の決定 令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（第53号様式）

(2) 施行令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給要否の決定 令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（第54号様式）

（申請内容変更の届出）

第30条 この規則に基づく申請の内容を変更する場合の届出は、申請内容変更届出書（第55号様式）により行う

2 市長は、前項の申請について支給の要否を決定したときは、高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（第52号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（申請内容変更の届出）

第30条 この規則に基づく申請の内容を変更する場合の届出は、申請内容変更届出書（第53号様式）により行う

ものとする。

ものとする。

第7号様式を次のように改める。

(第7号様式) 表面

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

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	年 月 日	
	氏名				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			生年月日	年 月 日	
	氏名				年 月 日	
	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(※)		
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	
	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	

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	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	/	※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、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か否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載する。
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	<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			

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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。）を申請する場合記入すること。

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 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者		
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。		
	<table border="1"><tr><td>〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者</td><td>〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才)</td></tr></table>	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才)
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること(年令 才)	
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)		
	<table border="1"><tr><td>〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td><td>〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才)</td></tr></table>	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才)
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること(年令 才)	
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。			
<input type="checkbox"/> V 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9号様式を次のように改める。

様

四日市市長 印

支給決定通知書

年 月 日に申請のありました（（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）の支給）及び（利用者負担額減額・免除等）について、下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

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	
支給決定年月日			
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		障害支援区分の 有効期間	
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	

療養介護医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）の自己負担上限月額	月額 円	食事療養（生活療養）の自己負担上限月額	月額 円
	上限額の適用期間			

支給決定内容

受給者証番号
 支給決定障害者
 （保護者）氏名

	サービスの種類 有効期間	支援の内容及び支給量
介護給付		
地域相談		
訓練等給付		
特記事項		

（教示事項）

- 1 この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対して審査請求をすることができます。（なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分のあった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求ができなくなります。）
- 2 また、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に四日市市を被告として（訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。ただし、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合は、その裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - （1）審査請求があった日の翌日から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。
 （なお、審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、その裁決のあっ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。）

連絡先

第 1 1 号様式及び第 1 2 号様式を次のように改める。

(第11号様式) 表面

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	年 月 日	
	氏名				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			生年月日	年 月 日	
	氏名				年 月 日	
	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(※)		
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	
	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	

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		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	※共同生活援助(グループホーム)のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別)及び入浴、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か否かのほか必要な事項(サテライト型住居の利用意向等)を記載する。
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<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		

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

(※) 主治医の欄は、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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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。）を申請する場合記入すること。

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 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 才）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年令 才） 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年令 才）
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<input type="checkbox"/> V 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			

様

四日市市長 印

支給決定変更通知書

年 月 日に申請のありました（（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）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、下記のとおり決定し、通知します。

記

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	
変更年月日			
支給決定障害者 （保護者）氏名			
支給決定に係る 児童氏名			
変更の内容	変更前		
	変更後		

受給者証を四日市市 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 住所 電話番号
 提出期限 年 月 日

(教示事項)

- この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対して審査請求をすることができます。（なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求ができなくなります。）
- また、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に四日市市を被告として（訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。ただし、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合は、その裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 審査請求があった日の翌日から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。
 （なお、審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、その裁決があっ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。）

第16号様式を次のように改める。

第16号様式 (その1)

障害福祉サービス受給者証		介護給付費の支給決定内容		サービス種別		
受給者証番号		障害支援区分		支給量等		
支給決定障害者等	居住地	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	フリガナ	サービス種別			サービス種別	
	氏名	支給量等			支給量等	
	生年月日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
児童	フリガナ	サービス種別				
	氏名	支給量等				
生年月日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで				
障害種別	1 2 3 4 5		サービス種別			
交付年月日	年 月 日		支給量等			
支給市町村名 及び 印			支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
			予備欄			

第16号様式（その2）

訓練等給付費の支給決定内容		計画相談支援給付費の支給内容		利用者負担に関する事項	
障害支援区分		支給期間	年 月 から 年 月 まで	負担上限月額	
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	指定特定相談支援事業所名		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別		モニタリング期間		食事提供体制加算対象者	
支給量等		予備欄		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	特定障害者特別給付費の支給内容		利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
サービス種別		施設入所支援		利用者負担上限額管理事業所名	
支給量等		支給額	円/日	特記事項欄	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	適用期間	年 月 から 年 月 まで	予備欄	
サービス種別		共同生活援助又は重度障害者等包括支援			
支給量等		支給額	円/月		
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	適用期間	年 月 から 年 月 まで		
予備欄		予備欄			

第16号様式 (その3)

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

番号	訪問系サービス事業者記入欄		
4	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
5	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
6	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			

短期入所事業者実績記入欄					
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業者確認印
1		年 月 日から			
		年 月 日まで			
2		年 月 日から			
		年 月 日まで			
3		年 月 日から			
		年 月 日まで			
4		年 月 日から			
		年 月 日まで			
5		年 月 日から			
		年 月 日まで			
6		年 月 日から			
		年 月 日まで			
7		年 月 日から			
		年 月 日まで			
8		年 月 日から			
		年 月 日まで			
9		年 月 日から			
		年 月 日まで			
10		年 月 日から			
		年 月 日まで			
11		年 月 日から			
		年 月 日まで			
12		年 月 日から			
		年 月 日まで			

第16号様式 (その4)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援事業者記入欄			
1	事業者及びその 事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量		
2	事業者及びその 事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量		
3	事業者及びその 事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量		

療養介護・共同生活援助・ 施設入所支援事業者記入欄			
番号	事業者及びその 事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日	事業者 確認印
1		入所(居)日 年 月 日	
		退所(居)日 年 月 日	
2		入所(居)日 年 月 日	
		退所(居)日 年 月 日	
予備欄			

就労定着支援・自立生活援助 事業者記入欄			
番号	事業者及びその 事業所の名称	利用開始日 利用終了日	事業者 確認印
1		契約日 年 月 日	
		サービス提供終了日 年 月 日	
2		契約日 年 月 日	
		サービス提供終了日 年 月 日	
予備欄			

注意事項欄

- 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。
- 2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護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療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、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斟酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるとときは1割相当の額)です。ただし、六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、基準該当障害福祉サービス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 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用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市町村に提出してください。
- 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

注意事項欄

- 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、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。(サービスの種類によっては、障害支援区分の(変更)認定を受ける必要があります。)
- 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
- 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、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、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)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。
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、速やかに市町村に返してください。
- 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 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福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。

第18号様式を次のように改める。

第 3 2 号様式を次のように改める。

第34号様式を次のように改める。

第 3 4 号様式

自立支援医療受給者証（更生医療）				
公費負担者番号				
自立支援医療費受給者番号				
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			
	被保険者証の記号及び番号			保険者名
重度かつ継続				
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			
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所		所在地・ 電話番号	
	薬 局		所在地・ 電話番号	
	訪問看護事業者		所在地・ 電話番号	
自己負担上限額	月額		円	
有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
公費負担の対象となる障害				
医療の具体的方針				
特定疾病療養受療証	有		無	
上記のとおり認定する。				
年 月 日 四日市市長 印				

第 37 号様式を次のように改める。

第 3 7 号様式

自立支援医療受給者証等記載事項変更届 (育成・更生)			
受 診 者	フリガナ		性別
	氏 名		男・女
	フリガナ		
	住 所		
	個人番号		
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		受診者との関係
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所		
	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		
備 考			
<p>四日市市長</p> <p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療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。</p> <p>届出者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>			

※ 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。

第40号様式から第43号様式までを次のように改める。

第40号様式

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

年 月 日	
四日市市長 <div style="text-align: right; margin-right: 100px;"> (申請者) 住 所 氏 名 個人番号 対象者との続柄 電 話 — </div>	
次のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をします。	
対象者	住 所
	フリガナ 氏 名
	(個人番号)
生年月日	年 月 日 電 話 —
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号 第 号 交付年月日 年 月 日
	障害種別 障害等級
疾患名	
購入・借受け・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 FAX
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。

添付書類：世帯状況・所得状況等のわかる書類（*同意がある場合は省略可能）

その他市長が必要と認める書類

障害福祉課

補 装 具 費 支 給 意 見 書

氏名	年 月 日生 (歳)
障害名及び原因となった疾病・外傷名 ※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で定める特殊の疾病（難病等）に該当 (<input type="checkbox"/> する・ <input type="checkbox"/> しない)	
障害・疾患等の状況 (注：下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する。難病患者等については、身体症状等の変動状況や日内変動等についても記載する。)	
必要と認める補装具	補装具の種目、名称
	処 方 (注：借受けが必要な場合はその理由が明確となるよう記載する。)
	使用効果見込み (注：借受けが必要な場合は借受け期間及び効果が明確となるよう記載する。)
上記のとおり意見する 年 月 日 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名	
印	

補装具費支給調査書

年 月 日

申請年月日	年 月 日	申請者氏名				
申請の種類	購入（借受けの意向 有・無） ・借受け ・修理					
対象者	住 所					
	フリガナ 氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
世帯員の 状況	氏 名	年 齢	続 柄	課税区分	市民税所得割	備 考
	非課税世帯					
	氏 名	所得	障害年金等	手当	合 計	
世帯区分			月額上限負担額			
用具名						
基準額			見積額			
利用者負担額				公費負担額		
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者 印						

補装具費支給判定依頼書

様

四日市市社会福祉事務所長 印

下記の者に対する判定を依頼する。

記

氏名			生年月日	
住所				
手帳	交付年月日		番号	
医療保険名				
長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む）				
家族関係				
生育・職業歴				
障害・疾患等に関する既往歴			最近5年間の補装具購入・借受け・修理状況	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
現在受療中の医療機関名				
判定依頼事項				
申請の種類 … 購入（借受けの意向 有・無）、借受け・修理				
借受けの意向… 有、無				
判定の方法 … 通所、巡回、在宅				

第45号様式から第47号様式までを次のように改める。

補装具費支給助言依頼書

様

四日市市社会福祉事務所長 印

下記の者に対する助言を依頼する。

記

氏名			生年月日	
住所				
手帳	交付年月日		番号	
医療保険名				
長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む）				
家族関係				
育成・職業歴				
障害・疾患等に関する既往歴			最近5年間の補装具購入・借受け・修理状況	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
現在受療中の医療機関名				
助言依頼事項				
申請の種類 … 購入（借受けの意向 有・無）、借受け・修理				
借受けの意向… 有、無				
判定の方法 … 通所、巡回、在宅				

様

補装具費支給決定通知書

四日市市長 印

補装具費の支給について、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76条第1項の規定に基づき次のとおり決定しましたので通知します。

利用者	住 所					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
児童	住 所					
	氏 名					
	生年月日	年 月 日	性別		電話	
支給番号		号	支給決定日		年 月 日	
決定内容		(購入・借受け・修理)	借受け期間		年 月 日～年 月 日	
補装具業者	名 称					
	所在地					
	電 話		FAX 番号			
基準額		見積額	利用者負担額		公費負担額	
円		円	合計額	円	(合計額)	
月額負担上限額		月額				
円		(借受けの場合)	円		円	
(教示事項)						
<p>1 この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に、四日市市長に対して審査請求をすることができます。(なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求ができなくなります。)</p> <p>2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、四日市市を被告として(訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。(なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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>						

第47号様式（その1）

補装具費支給券

支給券番号		第	号	支給決定日		年	月	日
購入・借受け・修理の別		購入・借受け・修理						
借受けの期間		年	月	日	～	年	月	日
利用者	氏名			生年月日	年 月 日			
	住所							
児童	氏名			生年月日	年 月 日			
	住所							
補装具の名称				修理部位				
処方								
補装具業者	名称							
	所在地							
	電話			FAX 番号				
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額		
円		円		円		円		
月額負担上限額								
円								
上記のとおり決定する。								
年 月 日								
四日市市長 印								
検査	検査 年月日	年	月	日	検査員	印		
受領	受領 年月日	年	月	日	受領印	印	本人と の関係	

補装具費の受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任者	印						
受任者	印						

第47号様式（その2）

補装具費支給券

支給券番号		第 号	支給決定日	年 月 日
借受けの期間		年 月 日	～	年 月 日
利用者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
児童	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
補装具の名称			修理部位	
処方				
補装具業者	名称			
	所在地			
	電話		FAX 番号	
基準額		見積額	利用者負担額	公費負担額
円		円	円	円
月額負担上限額				
円				
上記のとおり決定する。				
年 月 日				
四日市市長 印				

補装具費の受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任者	印
受任者	印

第47号様式（その3）

補装具費支給券

支給券番号		第 号	支給決定日		年 月 日		
借受けの期間		年 月 日		～	年 月 日		
利用者	氏名	生年月日		年 月 日			
	住所						
児童	氏名	生年月日		年 月 日			
	住所						
補装具の名称			修理部位				
処方							
補装具業者	名称						
	所在地						
	電話		FAX 番号				
基準額		見積額		利用者負担額		公費負担額	
円		円		円		円	
月額負担上限額			円				
円							
上記のとおり決定する。 年 月 日							
				四日市市長 印			
返却確認	返却日	年 月 日	業者名	印			
			申請者氏名	印	本人との関係		

補装具費の受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任者	印
受任者	印

第49号様式から第52号様式を次のように改める。

特例補装具費支給判定（助言）依頼書

様

四日市市社会福祉事務所長 印

下記の者に対する判定（助言）を依頼する。

記

氏名			生年月日	
住所				
手帳	交付年月日		番号	
医療保険名				
長期給付の内容（現在被保険者であればそれも含む）				
家族関係				
生育・職業歴				
障害・疾患等に関する既往歴			最近5年間の補装具購入・借受け・修理状況	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
			年 月	
現在受療中の医療機関名				
判定依頼事項				
申請の種類 … 購入（借受けの意向 有・無）、借受け・修理				
借受けの意向… 有、無				
判定の方法 … 通所、巡回、在宅				

令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

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第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等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 (支給決定障害者等氏名)	制度										受給者証番号・被保険者証番号									
	個人番号:																			
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	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									
											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) 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

令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

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第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等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介護保険法										
申請者氏名	制度										受給者証番号・被保険者証番号
	個人番号：										
生年月日	年 月 日										
居住地	〒										
	電話番号										
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額(注)	申請に係るサービス利用月			年 月分			65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載(本人支払額があれば分けて記載)してください。
 (注) 支払額を証する領収書を添付してください。

高額障害福祉サービス等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 9 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 5 3 号様式を第 5 5 号様式とし、第 5 2 号様式の次に次の 2 様式を加える。

令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

第 年 月 日 号

様

四日市市長

印

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について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第43条の5第1項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障害者 (保護者) 氏名		受給者 証番号											
支給決定に係る 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											

(教示事項)

- この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対して審査請求をすることができます。(なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求ができなくなります。)
- また、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に四日市市を被告として(訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。ただし、次の(1)から(3)までのいずれかに該当する場合は、その裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 審査請求があった日の翌日から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。
 (なお、審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、その裁決があっ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。)

令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

第 号
年 月 日

様

四日市市長

印

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について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第43条の5第6項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名		受給者 証番号												
-------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
障害福祉相当 介護保険 サービスに係る 本人支払額(注)	円	申請に係る 障害福祉相当介 護保険サービスの 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			

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

振込先	金融機関											
	口座種目											
	口座番号											
	口座名義人											

(教示事項)

- この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対して審査請求をすることができます。（なお、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分のあった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求ができなくなります。）
- また、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に四日市市を被告として（訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。ただし、次の（1）から（3）までのいずれかに該当する場合は、その裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
 - 審査請求があった日の翌日から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。
 （なお、審査請求に対する裁決を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、その裁決のあっ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。）

第55号様式

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 支給決定障害者(保護者)氏名		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		続柄 生年 月日	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等(本人) <input type="checkbox"/> 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		

変更事項 (該当に○を してください。)	支給決定障害者等 に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童 に関する事	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

(施行期日)

- 1 この規則は、平成30年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の日前に改正前の四日市市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規定によりなされた処分、手続その他の行為は、改正後の四日市市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相当規定によりなされたものとみなす。

(健康福祉部障害福祉課)