

岬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。

令和 7 年 3 月 2 4 日

岬町長 田 代 堯

岬町規則第 2 号

岬町児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

岬町児童福祉法施行細則（平成 2 5 年岬町規則第 8 号）の一部を次のように改正する。

第 4 条中「障害児通所支援の種類が医療型発達支援の場合」を「肢体不自由児通所医療を受けることが必要な者であるとき」に改める。

第 1 1 条中「（児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援）契約内容（通所受給者証記載事項）報告書」を「（児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援）契約内容（通所受給者証記載事項）報告書」に改める。

第 2 2 条を第 2 3 条とし、第 1 9 条から第 2 1 条までを 1 条ずつ繰り下げ、第 1 8 条第 1 項中「当該障害児」を「当該障害児の保護者」に改め、同条第 2 項中「被措置者」を「被措置者の保護者」に改め、同条を第 1 9 条とする。

第 1 7 条を第 1 8 条に改める。

第 1 6 条第 1 項第 1 号中「6 月」を「6 月間」に改め、同項第 2 号中「1 月」を「1 月間」に改め、同項第 3 号中「1 月」を「1 月間」に改め、同条を第 1 7 条とする。

第 1 2 条から 1 5 条までを 1 条ずつ繰り下げ、第 1 1 条の次に、次の 1 条を加える。

（障害児通所給付費の額の特例）

第 1 2 条 法第 2 1 条の 5 の 1 1 第 1 項の規定により町が定める額は、0 円とする。

2 前項に規定する額の適用(以下この条において「減免」という。)は、月単位で行うものとし、その期間は、次項の規定による申請のあった日の属する月の初日から 1 年間とする。ただし、利用者負担が困難であると認められる事由が消滅した場合は、当該事由が消滅した日の属する月の末日までを当該期間とする。

3 減免を受けようとする者は、災害を受けた日又は当該事情が生じた日から起算して 3 か月以内に、災害等による障害児通所給付費利用者負担額減額・免除等申請書（様式第 1 4 号）に、次の各号に掲げる区分に応じて当該各号に定める書類を添付して町長に申請しなければならない。ただし、当該期限

までに申請することができないことについてやむを得ない理由があると認める場合は、この限りでない。

(1) 省令第18条の25第1号に該当する者 災証明書

(2) 省令第18条の25第2号から第4号までのいずれかに該当する者 その属する世帯の生計を主として維持する者（以下「生計中心者」という。）の給与証明書等著しく収入が減少したことを確認することができる書類

(3) 前2号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類

4 町長は、減免を受けようとする者が前項第2号に掲げる者である場合においては、当該者が次の各号のいずれにも該当するときに、減免の決定を行うものとする。

(1) 生計中心者の直近3か月分の収入等から推計した年間の合計所得見込額が、前年の所得額の2分の1以下に減少すると見込まれること。

(2) その世帯の直近3か月の実収入月額が、生活保護法による保護の基準（昭和38年厚生省告示第158号）に定める生活保護基準額の100分の125以下であること。

5 町長は、第3項の規定による申請があったときは、減額又は免除の可否を決定し、災害等による障害児通所給付費利用者負担額減額・免除決定（却下）通知書（様式第15号）により当該申請を行った者に通知するものとする。

6 町長は、前項の規定により決定を行ったときは、災害等による障害児通所給付費利用者負担額減額・免除認定証（様式第16号）を当該決定をした者に交付するものとする。

7 虚偽の申請その他不正の行為により、減免を受けた者に対しては、減免を取り消すものとする。

別記様式第1号から別記様式第28号を次のとおり改める。

附 則

この規則は、令和7年4月1日から施行する。

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

岬町長 宛
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		
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

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		
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童 に対して治療を行うものを除く。）					
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童 に対して治療を行うものに限る。）					
	☐ 放課後等デイサービス					
	☐ 居宅訪問型児童発達支援					
	☐ 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、岬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

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	☐ 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
	☐ 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。
	☐ 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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 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	☐ 申請者本人 ☐ 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		

障害児通所給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

第 年 月 日 号

様
岬町長

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

受給者証番号		通所給付決定保護者氏名	
給付決定年月日		給付決定に係る児童氏名	
負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
多子軽減対象		無償化対象期間	
給付決定内容	通所支援の種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	特記事項		

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）の負担上限月額	月額 円		
	上限額の適用期間			

不服申立て及び取消訴訟

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3か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。

2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1) 審査請求があった日から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。

3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

却下決定通知書

第 号
年 月 日

様

岬町長

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給及び（利用者負担額減額・免除等）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

不服申立て及び取消訴訟

- 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3か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

(様式第4号)(第4条関係)

(一)			(二)		(三)	
通所受給者証			障害児通所給付費の給付決定内容		障害児通所給付費の給付決定内容	
受給者証番号			支援の種類		支援の種類	
通所 給付 決定 保護 者	居住地		支給量等		支給量等	
	フリガナ		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	氏名		支援の種類		支援の種類	
	生年月日	年 月 日				
児 童	フリガナ		支給量等		支給量等	
	氏名		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	生年月日	年 月 日	特記事項欄		特記事項欄	
交付年月日		年 月 日	予備欄		予備欄	
支給市町村 名 及び 印						

(四)		(五)		(六)	
障害児相談支援給付費の支給内容		利用者負担に関する事項		障害児通所支援事業者記入欄	
支給期間	年 月から 年 月まで	負担上限月額	円	1	事業者及びその事業所の名称
指定相談支援事業所名		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		支援の内容
モニタリング期間		食事提供加算対象者			契約支給量
		適用期間			契約日
					当該契約支給量による支援提供終了日
予備欄		利用者負担上限額管理対象者該当の有無		支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
		利用者負担上限額管理事業所名		事業者及びその事業所の名称	
		特記事項欄		支援の内容	
				契約支給量	
				契約日	
予備欄		当該契約支給量による支援提供終了日		年 月 日	
		支援提供終了月中の終了日までの既提供量		年 月 日	
		事業者及びその事業所の名称		支援の内容	
		契約支給量		契約日	
		当該契約支給量による支援提供終了日		年 月 日	
予備欄		支援提供終了月中の終了日までの既提供量		年 月 日	
		事業者及びその事業所の名称		支援の内容	
		契約支給量		契約日	
		当該契約支給量による支援提供終了日		年 月 日	
		支援提供終了月中の終了日までの既提供量		年 月 日	

(七)

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援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	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援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	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

(八)

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 指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。 3 児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証にマイナ保険証(健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。)等及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所(治療を行うものに限る。)に提示してください。 4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者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、指定通所支援等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、五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、基準該当通所支援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 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付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。

(九)

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、他の種類の障害児通所支援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。 8 この証の一、五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 給付決定期間内に、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、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 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。

(様式第5号) (第4条関係)

肢体不自由児通所医療受給者証									
公費負担者番号									
公費受給者番号									
通所給付決定保護者	居住地								
	フリガナ						生年月日		
	氏名						年 月 日		
	被保険者証の記号及び番号						保険者名及び番号		
負担上限月額		肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）		月額 円					
適用期間		年 月 日 から 年 月 日 まで							
交付年月日		年 月 日							
支給市町村名及び印									

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 児童発達支援のうち治療に係るもの（以下「肢体不自由児通所医療」という。）を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及びマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。 3 肢体不自由児通所医療の負担上限月額はこの証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。 4 肢体不自由児通所医療の負担上限額は毎年通所給付決定保護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。 5 児童発達支援に係る障害児通所給付費の給付決定期間を経過したときは、肢体不自由児通所医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給の再申請をしてください。 6 この証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。 7 給付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、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、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。 8 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。 9 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。 10 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。

特例障害児通所給付費支給申請書
【 年 月分】

岬町長 宛

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	年 月 日				続柄		
給付決定に係る 児童氏名	個人番号：									
特例障害児通所給付費 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			
			口 座 番 号				
	金融機関コード	店舗コード					
	☐ 公金受取口座を利用します						
	フリガナ						
口 座 名 義 人							

(注意) この申請書に該当月分の領収書及び通所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

特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

第 号
年 月 日

様
岬町長

年 月 日に申請のありました特例障害児通所給付費の支給について児童福祉法第21条の5の4の規定に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者証番号		申請者氏名	
--------	--	-------	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例障害児通所給付費申請額	円		
支給決定の内容			
支 給	☐ する ☐ しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

不服申立て及び取消訴訟

- 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3か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

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

岬町長 宛

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					
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	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	

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						
申請する 支援	支援の種類			申請に係る具体的内容			
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童 に対して治療を行うものを除く。）						
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童 に対して治療を行うものに限る。）						
	☐ 放課後等デイサービス						
	☐ 居宅訪問型児童発達支援						
	☐ 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	☐ 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
	☐ 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。
	☐ 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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 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	☐ 申請者本人 ☐ 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		

障害児通所給付費支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

第 年 月 日 号

様 岬町長

年 月 日に申請のありました（障害児通所給付費の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の8の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番号																通所給付決定 保護者氏名	
変更年月日																給付決定に係る 児童氏名	
変更の内容	変更前																
	変更後																

受給者証を岬町 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 岬町 課 住 所 電話番号

提出期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- 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3か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。
- (1) 審査請求があった日から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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

支給決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

岬町長

児童福祉法第 21 条の 5 の 9 第 1 項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証 番号	給付決定 保護者氏名
支給決定取消日	給付決定に係る 児童氏名
取消理由	

受給者証を岬町 課に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 岬町 課 住所 電話番号

返還期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- 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 3 か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から 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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

(様式第 11 号) (第 9 条関係)

申請内容変更届出書

岬町長 宛

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		生年月日	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		生年月日	年 月 日
給付決定に係る 児 童 氏 名		続 柄	
		個 人 番 号	

届出書提出者	☐ 給付決定保護者		☐ 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		

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。

(様式第 1 2 号) (第 1 0 条関係)

受給者証再交付申請書

岬町長 宛

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	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		生年月日	年 月 日
給付決定に係る 児 童 氏 名		続柄	
		個 人 番 号	

申請書提出者	☐ 給付決定保護者（本人） ☐ 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）

(様式第 13 号) (第 11 条関係)

(児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援) 契約内容 (通所受給者証記載事項) 報告書

年 月 日

事業者番号																			
事業者及び その事業所 の名称 代 表 者																			

下記のとおり当事業者との契約内容 (通所受給者証記載事項) について報告します。

記

報告対象者

受給者証番号																				
通所給付決定 保護者氏名											給付決定に係る 児童氏名									

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の 事業者記入欄 の 番 号	支援の内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を変更した日)	理 由
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更

既契約の契約支給量による支援提供を終了した報告

提供を終了する 事業者記入欄の番号	提供終了日	提供終了月中の終了 日までの既提供量	既契約の契約支給量での支援提供を 終了する理由
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更

災害等による障害児通所給付費利用者負担額減額・免除等申請書

年 月 日

岬町長 宛

次のとおり障害児通所給付費の利用者負担額の減額・免除を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		受給者証番号	
	居 住 地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	給付決定に係る 児 童 氏 名		続柄	
申 請 の 理 由				

備考

- この申請は、災害による住宅等の損害、生計中心者の死亡、長期入院等による著しい収入減、事業の廃止等による生計中心者の著しい収入減、農作物の不作、不漁等による生計中心者の著しい収入減があった場合に、申請することができます。
- 申請の理由は、1 の事実について記入してください。
- この申請書には、受給者証及び上記事実を確認することができる書類を添付してください。

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	
氏 名		との関係	
住 所	〒 電話番号		

岬町記入欄

収入状況確認	災害状況等確認	備考

災害等による障害児通所給付費利用者負担額減額・免除決定（却下）通知書

第 号

年 月 日

様

岬町長

先に申請のありました利用者負担額の減額・免除については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者証番号			申請者氏名	
決定年月日	年 月 日			
決定の内容	☐ 減額・免除を認定する。 ☐ 減額・免除を認定しない。			
減額・免除の内容	適用年月日	年 月 日		
	有効期限	年 月 日		
	減免後負担上限額	負担上限月額 0 円		
認定しない理由				

審査請求及び取消訴訟

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3か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。

2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

（1） 審査請求があった日から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。

問い合わせ先

災害等による障害児通所給付費利用者負担額減額・免除認定証

（表面）

障害児通所給付費利用者負担額減額・免除認定証		
交付年月日 年 月 日		
受 給 者	番 号	
	住 所	
	フ リ ガ ナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	適用年月日	年 月 日から
	有 効 期 限	年 月 日まで
減 免 後 負 担 上 限 額		負担上限月額 0 円
支 給 市 町 村 名 及 び 印		

（裏面）

注 意 事 項
一 障害児通所支援を受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口提出してください。
二 減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返してください。
三 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
四 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

(様式第 17 号) (第 13 条関係)

障害児支援利用計画案提出依頼書

第 号
年 月 日

様

岬町長

児童福祉法（第 21 条の 5 の 7 第 4 項 第 21 条の 5 の 8 第 3 項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、障害児支援利用計画案の提出を求めます。
提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

・ 障害児相談支援給付費支給申請書

※ 既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。

・ 障害児相談支援依頼（変更）届出書

※ 既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、障害児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 岬町 課 住所

電話番号

提出期限 年 月 日

(様式第 1 8 号) (第 1 4 条関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

岬町長 宛

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

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	

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		

(様式第19号) (第14条関係)

障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

第 号
年 月 日

様

岬町長

児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、障害児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。

記

[illegible]

不服申立て及び取消訴訟

- 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3か月以内に岬町長に対し審査請求をすることができます。
- 2 この処分 of 取消しを求める訴えは、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、岬町を被告として(訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。)提起することができます(なお、この処分 of 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 of 日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分 of 取消し of 訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分 of 取消し of 訴えは、その審査請求に対する裁決 of 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、その審査請求に対する裁決 of 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、その審査請求に対する裁決 of 日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分 of 取消し of 訴えを提起することができなくなります)。

問い合わせ先

(様式第 2 0 号) (第 1 5 条関係)

障害児相談支援依頼(変更)届出書

岬町村長 宛

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分

新規・変更

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	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			続柄	

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業所名

フリガナ	
事業所名	
住 所	〒 電話番号

指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

--

変更年月日 年 月 日

(様式第21号) (第16条関係)

障害児相談支援給付費支給取消通知書

第 号
年 月 日

様

岬町長

児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、障害児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。

記

通所受給者証番号															
支給取消に係る 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															
障害児通所受給者証 提出先及び提出期限	提出先： 提出期限： 年 月														

不服申立て及び取消訴訟

- 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3か月以内に岬町長に対し審査請求をすることができます。
- 2 この処分 of 取消しを求める訴えは、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、岬町を被告として(訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。)提起することができます(なお、この処分 of 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 of 日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分 of 取消し of 訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分 of 通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分 of 取消し of 訴えは、その審査請求に対する裁決 of 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、その審査請求に対する裁決 of 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、その審査請求に対する裁決 of 日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分 of 取消し of 訴えを提起することができなくなります)。

問い合わせ先

(様式第22号) (第17条関係)

モニタリング期間変更通知書

第 号
年 月 日

様

岬町長

継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

記

通所受給者証番号																					
変 更 に 係 る 保 護 者											変 更 に 係 る 児 童 氏 名										
変 更 後 の モニタリング期間																					
障害児通所受給者証 の提出期限及び提出 先	提出先： 提出期限： 年 月																				

(様式第 2 3 号) (第 1 8 条関係)

高額障害児通所給付費 支給申請書

岬町長 宛

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	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													
					制 度	受給者証番号・被保険者証番号												
	個人番号：																	
	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) 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・入所）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 1 普通預金 2 当座預金 9 その他	口座番号						
	金融機関コード		店舗コード									
	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			申請者との関係
氏 名			
住 所	〒 電話番号		

高額障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

第 年 月 日 号

様

岬町長

年 月 日に申請のありました高額障害児通所給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

給付決定保護者 氏名		受給者 証番号											
給付決定に係る 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	☐ する ☐ 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						

不服申立て及び取消訴訟

- 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3か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、大阪府知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1) 審査請求があった日から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。

問い合わせ先

障害児障害福祉サービス委託依頼書

第 号
年 月 日

様

岬町長

児童福祉法第 2 1 条の 6 の規定により、次の者につき貴事業所のサービス提供を受けさせたいので、委託依頼します。

フ リ ガ ナ 児 童 氏 名		生年月日	年 月 日	男 女
保 護 者 氏 名				
住 所				
期 間	年 月 日 から 年 月 日まで			
サービスの内 内容及び提供量				
請 求 方 法				
支 払 方 法				
そ の 他				

障害児障害福祉サービス決定通知書

第 号
年 月 日

様

岬町長

次のとおり児童福祉法第 2 1 条の 6 の規定により、障害福祉サービスの措置を決定しましたので通知します。

フリガナ 児童氏名		生年月日	年 月 日	男女
住 所				
期 間	年 月 日 から 年 月 日まで			
サービス提供 事業者名				
所 在 地				
サービスの内 容及び提供量				
請 求 方 法				
措 置 年 月 日				
そ の 他				

(教示)

- 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3か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

障害児障害福祉サービス変更（解除）通知書

第 号
年 月 日

様

岬町長

次のとおり児童福祉法第 2 1 条の 6 の規定により、障害福祉サービスの措置を決定しましたので通知します。

フリガナ 児童氏名		生年月日	年 月 日	男女
住 所				
事業者名				
所在地				
措置年月日	年 月 日			
解除又は変更 年 月 日	年 月 日			
変更前の内容				
変更後の内容				
解除又は変更 の 理 由				

(教示)

- 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3か月以内に大阪府知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に岬町を被告として（訴訟において岬町を代表する者は岬町長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

(様式第 2 8 号) (第 2 2 条関係)

徴 収 金 減 免 申 請 書

年 月 日

岬町長 宛

申請者 住 所
氏 名

岬町児童福祉法施行細則第 2 1 条第 2 項の規定により、次のとおり徴収金の
(減額 ・ 免除) を申請します。

児 童 氏 名	
児 童 生 年 月 日	
減免 (免除) 申請の額	
減額 (免除) 申請の理由	

(注) この申請書には、減免を受けようとする理由が明らかになる書類を併せて提出してください。