

岬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公布する。

令和 8 年 9 月 1 8 日

岬町長 田 代 堯

岬町規則第 2 2 号

岬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

岬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 1 8 年岬町規則第 1 9 号）の一部を次のように改正する。
次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分をこれに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正前	改正後
-----	-----

様式第1号(第3条、第13条、第15条関係)

様式第1号(第3条、第13条、第15条関係)

(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

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	氏 名	生年月日	年 月 日
	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(※)			
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービス申請する者に限る。)	有・無			

※「被保険者証の記号及び番号」と「保険者名及び番号」欄は、要介護を申請する場合記入すること。

サービス利用状況	障害福祉サービス	要介護認定区分の認定	有・無	要介護度	要支援()	要介護 1 2 3 4 5	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	有効期間

申請区分	サービスの種類	申請に係る具体的内容
訪問系・その他	介護給付費 □居宅介護 □重度訪問介護 □同行援護 □行動援護 □短期入所 □重度障害者等包括支援	訓練等給付費 □就労定着支援 □自立生活援助 □就労移行支援 □就労継続支援A型 □就労継続支援B型 □共同生活援助※
	日中活動系	□療養介護 □生活介護 □自立訓練(機能訓練) □自立訓練(生活訓練) □宿泊型自立訓練 □就労移行支援 □就労移行支援(養成施設) □就労継続支援A型 □就労継続支援B型
地域相談支援	□施設入所支援 □地域移行支援 □地域定着支援	

申請者氏名

様式第1号(第3条、第13条、第15条関係)

様式第1号(第3条、第13条、第15条関係)

(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

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	氏 名	生年月日	年 月 日
	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(※)			
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービス申請する者に限る。)	有・無			

※「被保険者証の記号及び番号」と「保険者名及び番号」欄は、要介護を申請する場合記入すること。

サービス利用状況	障害福祉サービス	要介護認定区分の認定	有・無	要介護度	要支援()	要介護 1 2 3 4 5	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	有効期間

申請区分	サービスの種類	申請に係る具体的内容
訪問系・その他	介護給付費 □居宅介護 □重度訪問介護 □同行援護 □行動援護 □短期入所 □重度障害者等包括支援	訓練等給付費 □就労定着支援 □自立生活援助 □就労移行支援 □就労継続支援A型 □就労継続支援B型 □共同生活援助※
	日中活動系	□療養介護 □生活介護 □自立訓練(機能訓練) □自立訓練(生活訓練) □宿泊型自立訓練 □就労移行支援 □就労移行支援(養成施設) □就労継続支援A型 □就労継続支援B型
地域相談支援	□施設入所支援 □地域移行支援 □地域定着支援	

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

(※) 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	☐ 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					
	☐ 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）</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> <tr> <td colspan="2">2 市町村民税非課税世帯の者</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）	〈20歳未満の方〉 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歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年令 才）	〈20歳未満の方〉 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					
	☐ 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）</td> <td>〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年令 才）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td> </tr> </table>		〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年令 才）	〈20歳未満の方〉 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歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年令 才）	〈20歳未満の方〉 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						
☐ IV グループホーム等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。						
☐ 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（ ☐ 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

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	☐ 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82万6千5百円以下のもの 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					
	☐ 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 歳）</td> <td>〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年令 歳）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 市町村民税非課税世帯の者</td> </tr> </table>		〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年令 歳）	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年令 歳）	2 市町村民税非課税世帯の者	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年令 歳）	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年令 歳）				
	2 市町村民税非課税世帯の者					
	☐ 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 歳）</td> <td>〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年令 歳）</td> </tr> <tr> <td colspan="2">2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td> </tr> </table>		〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年令 歳）	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年令 歳）	2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	
	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年令 歳）	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年令 歳）				
2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者						
☐ IV グループホーム等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。						
☐ 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（ ☐ 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

様式第3号(第4条、第6条関係)

様式第3号(第4条、第6条関係)

(一)	(二)	(三)
利用者氏名	介護給付費の支給決定内容	サービス種別
生年月日	認定有効期間	支給決定期間
性別	サービス種別	サービス種別
住所	支給決定期間	支給決定期間
電話番号	サービス種別	支給決定期間
交付年月日	支給決定期間	支給決定期間
支給決定内容	支給決定期間	支給決定期間

様式第3号(第4条、第6条関係)

様式第3号(第4条、第6条関係)

(一)	(二)	(三)
利用者氏名	介護給付費の支給決定内容	サービス種別
生年月日	認定有効期間	支給決定期間
性別	サービス種別	サービス種別
住所	支給決定期間	支給決定期間
電話番号	サービス種別	支給決定期間
交付年月日	支給決定期間	支給決定期間
支給決定内容	支給決定期間	支給決定期間

様式第3号(第4条、第6条関係)

(四)	(五)	(六)
利用者氏名	介護給付費の支給決定内容	利用者氏名
生年月日	認定有効期間	生年月日
性別	サービス種別	性別
住所	支給決定期間	住所
電話番号	サービス種別	電話番号
交付年月日	支給決定期間	交付年月日
支給決定内容	支給決定期間	支給決定内容

様式第3号(第4条、第6条関係)

(四)	(五)	(六)
利用者氏名	介護給付費の支給決定内容	利用者氏名
生年月日	認定有効期間	生年月日
性別	サービス種別	性別
住所	支給決定期間	住所
電話番号	サービス種別	電話番号
交付年月日	支給決定期間	交付年月日
支給決定内容	支給決定期間	支給決定内容

[illegible]

[illegible][illegible]

様式第 6 号 (第 5 条関係)

様式第 6 号 (第 5 条関係)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更申請書兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書				
申請者 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	
申請者	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る児童氏名	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	
	障害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。)			
サービス利用の状況	※「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、収養介護を申請する場合記入すること。			
	障害福祉関係サービス	障害者証の記号及び番号	利用中のサービスの種類と内容等	
	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	利用中のサービスの種類と内容等	
申請するサービス	サービスの種類			
	区分	介護給付費	訓練等給付費	
	訪問系・その他	☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援	申請に係る具体的内容
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	
		☐ 同行支援		
		☐ 行動支援		
		☐ 短期入所		
	日中活動系	☐ 重度障害者等包括支援	☐ 自立訓練(機能訓練)	※生活支援活動について 1 希望する事業者の種類 2 入所、研修又は就業等の介護の提供について 3 サライト型居宅の利用意向 4 有・無
		☐ 療養介護	☐ 自立訓練(生活訓練)	
		☐ 生活介護	☐ 宿泊型自立訓練	
		☐ 就労移行支援		
		☐ 就労継続支援(A型)		
地域相対支援	☐ 施設入所支援	☐ 就労継続支援(B型)	※生活支援活動について 1 希望する事業者の種類 2 入所、研修又は就業等の介護の提供について 3 サライト型居宅の利用意向 4 有・無	
	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助		
	☐ 地域移行支援			
地域相対支援	☐ 地域移行支援		※生活支援活動について 1 希望する事業者の種類 2 入所、研修又は就業等の介護の提供について 3 サライト型居宅の利用意向 4 有・無	
	☐ 地域定着支援			

様式第 6 号 (第 5 条関係)

様式第 6 号 (第 5 条関係)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更申請書兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書				
申請者 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	
申請者	フリガナ	生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る児童氏名	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	
	障害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。)			
サービス利用の状況	※「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、収養介護を申請する場合記入すること。			
	障害福祉関係サービス	障害者証の記号及び番号	利用中のサービスの種類と内容等	
	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	利用中のサービスの種類と内容等	
申請するサービス	サービスの種類			
	区分	介護給付費	訓練等給付費	
	訪問系・その他	☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援	申請に係る具体的内容
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	
		☐ 同行支援	☐ 就労選択支援	
		☐ 行動支援		
		☐ 短期入所		
	日中活動系	☐ 重度障害者等包括支援	☐ 自立訓練(機能訓練)	※生活支援活動について 1 希望する事業者の種類 2 入所、研修又は就業等の介護の提供について 3 サライト型居宅の利用意向 4 有・無
		☐ 療養介護	☐ 自立訓練(生活訓練)	
		☐ 生活介護	☐ 宿泊型自立訓練	
		☐ 就労移行支援		
		☐ 就労継続支援(A型)		
地域相対支援	☐ 施設入所支援	☐ 就労継続支援(B型)	※生活支援活動について 1 希望する事業者の種類 2 入所、研修又は就業等の介護の提供について 3 サライト型居宅の利用意向 4 有・無	
	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助(グループホーム)※		
	☐ 地域移行支援			
地域相対支援	☐ 地域移行支援		※生活支援活動について 1 希望する事業者の種類 2 入所、研修又は就業等の介護の提供について 3 サライト型居宅の利用意向 4 有・無	
	☐ 地域定着支援			

同意書：私は申請者が利用者負担額を決定するために必要な場合、申請者及び申請者と同一世帯にある者の所居及び世帯の状況等について調査することに同意します。またサービス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、サービス利用意向調査の内容、市町村審議会における審査決定結果・意見及び医療意見書の全部又は一部を、申請者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若しくは障害者支援施設の関係者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	

(※) 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	☐ 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：所得額16万円未満、障害児：所得額28万円未満）に属する者							
	☐ 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＞</td> <td>＜20歳未満の方＞</td> </tr> <tr> <td>1. 療養介護利用者であること（年令 才）</td> <td>1. 療養介護利用者であること（年令 才）</td> </tr> <tr> <td>2. 市町村民税非課税世帯の者</td> <td></td> </tr> </table>		＜20歳以上の方＞	＜20歳未満の方＞	1. 療養介護利用者であること（年令 才）	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歳以上の方＞	＜20歳未満の方＞						
	1. 療養介護利用者であること（年令 才）	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							
	☐ 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＞</td> <td>＜20歳未満の方＞</td> </tr> <tr> <td>1. 施設入所者であること（年令 才）</td> <td>1. 施設入所者であること（年令 才）</td> </tr> <tr> <td>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></td> </tr> </table>		＜20歳以上の方＞	＜20歳未満の方＞	1. 施設入所者であること（年令 才）	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歳以上の方＞	＜20歳未満の方＞							
1. 施設入所者であること（年令 才）	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								
☐ IV グループホーム等入居者（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（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。								
☐ 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（ ☐ 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	

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	☐ 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82万6千5百円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得額16万円未満、障害児：所得額28万円未満）に属する者							
	☐ 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＞</td> <td>＜20歳未満の方＞</td> </tr> <tr> <td>1. 療養介護利用者であること（年令 歳）</td> <td>1. 療養介護利用者であること（年令 歳）</td> </tr> <tr> <td>2. 市町村民税非課税世帯の者</td> <td></td> </tr> </table>		＜20歳以上の方＞	＜20歳未満の方＞	1. 療養介護利用者であること（年令 歳）	1. 療養介護利用者であること（年令 歳）	2. 市町村民税非課税世帯の者	
	＜20歳以上の方＞	＜20歳未満の方＞						
	1. 療養介護利用者であること（年令 歳）	1. 療養介護利用者であること（年令 歳）						
	2. 市町村民税非課税世帯の者							
	☐ 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＞</td> <td>＜20歳未満の方＞</td> </tr> <tr> <td>1. 施設入所者であること（年令 歳）</td> <td>1. 施設入所者であること（年令 歳）</td> </tr> <tr> <td>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></td> </tr> </table>		＜20歳以上の方＞	＜20歳未満の方＞	1. 施設入所者であること（年令 歳）	1. 施設入所者であること（年令 歳）	2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	
＜20歳以上の方＞	＜20歳未満の方＞							
1. 施設入所者であること（年令 歳）	1. 施設入所者であること（年令 歳）							
2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者								
☐ IV グループホーム等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。								
☐ 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（ ☐ 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	

様式第 24 号 (第 29 条関係)

様式第 24 号 (第 29 条関係)

住 所

年 月 日

様

御町長

印

自立支援医療（育成・更生医療）支給認定（変更認定）通知書

障害者総合支援法第 54 条（第 56 条）の規定に基づき自立支援医療費の支給認定（認定変更）について、次のとおり決定し、自立支援医療受給者証を交付しますので通知します。

受給者証番号		支給認定障害者 (保護者)氏名	
支給認定日		支給認定に係る 障害児氏名	
有効期限			
自己負担上限額	月額		
指定医療機関の 所在地名称	病 院		
	診療所		
	薬局		
	訪問看護 事業所		
備考			

（表示）

この処分に不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に御町長に対して審査請求をすることができます。（なお、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。）

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か月以内に限り、御町を被告として（訴訟において御町を代表する者は御町長となります。）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3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えはその審査請求に対する裁決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、その審査請求に対する裁決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、その審査請求に対する裁決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。）

様式第 24 号 (第 29 条関係)

様式第 24 号 (第 29 条関係)

年 月 日

住所

様

自立支援医療（育成・更生）支給認定（変更認定）通知書

御町長

印

先に申請のありました自立支援医療費(育成・更生医療)については、下記のとおり決定しましたので通知します

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
有効期間			
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬 局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
(注意事項) 医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。			

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3か月以内に御町長に対して審査請求をすることができます。（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）

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か月以内に限り、御町を被告として（訴訟において御町を代表する者は御町長となります。）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3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えはその審査請求に対する裁決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、その審査請求に対する裁決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、その審査請求に対する裁決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。）

様式第 25 号 (第 29 条関係)

様式第 25 号 (第 29 条関係)

自立支援医療証受給者証 (育成医療・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			
	居 住 地			
	被保険者証の記号及び番号	保険者名		
高額治療継続者		該当・非該当		
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			
	居住地			
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		
公 費 負 担 の 対象となる障害				
医療の具体的方針				
自己負担上限額		月額	円	特定疾病療養受給者証 有・無
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
上記のとおり認定する。				
年 月 日		神戸長		印

様式第 25 号 (第 29 条関係)

様式第 25 号 (第 29 条関係)

自立支援医療証受給者証 (育成医療・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			生年月日
	氏 名			年 月 日
	住 所			
	加入医療保険の 記号及び番号	保険者番号		
		保険者名		
特定疾病療養 受療の認定				
保 護 者 (受診者が18 歳未満の場合記入)	フリガナ			続 柄
	氏 名			
	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		
重症かつ継続		自己負担上限額		円
有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		
上記のとおり認定する。				
年 月 日		神戸長		印

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受給証を医療機関窓口へ提出すること。

(新設)

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特記事項	

様式第 26 号 (第 29 条関係)

様式第26号(第29条関係)

年 月分自己負担上限額管理票

受診者	受給者番号
-----	-------

月額自己負担上限額 _____ 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月 日		

[illegible]

様式第 26 号 (第 29 条関係)

様式第26号(第29条関係)

年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月額自己負担上限額 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	医療機関名
月 日	

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累計額	備考
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
特記事項				

附 則

この規則は、令和8年10月1日から施行する。