

四日市市元号の改正に伴う関係規則の整備に関する規則をここに公布する。

平成31年4月26日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第40号

四日市市元号の改正に伴う関係規則の整備に関する規則

(四日市市再開発住宅条例施行規則の一部改正)

第1条 四日市市再開発住宅条例施行規則(平成6年四日市市規則第37号)

の一部を次のように改正する。

第15号様式を次のように改める。

四日市市指令 第 年 月 日 号

再開発住宅第 号  
様

四日市市長 印

割 増 賃 料 決 定 通 知 書

あなたの収入に基づく割増賃料は、四日市市再開発住宅条例第25条第1項の規定により、下記のとおり決定しました。

なお、この割増賃料は、 年 月 日より従来の家賃に加えて支払っていただくことになりましたので通知します。

記

算出基礎

あなたの家賃	×	割増賃料倍率	=	割増賃料	+	合計納付家賃

あなたの収入月額	割増賃料	収 入 月 額	倍 率
	の 倍 率	円を超え 円以下の場合	
		円を超える場合	

備考 この処分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か月以内に四日市市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えは、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（訴訟において四日市市を代表する者は四日市市長）を被告として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から6か月以内であっても、この処分の日から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。）

ただし、審査請求を行った場合、この処分の取消しを求める訴えは、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か月以内に提起することができます。

(三重北勢健康増進センター条例施行規則の一部改正)

第2条 三重北勢健康増進センター条例施行規則(平成11年四日市市規則第5号)の一部を次のように改正する。

第10号様式を次のように改める。



四日市市公共施設案内・予約システム利用者登録申請書（団体登録用）

四日市市公共施設案内・予約システム利用者登録について、次のとおり申請します。  
※印は必ず記入してください。

申請日※	年 月 日	申請区分※	新規・変更・抹消
フリガナ※			
団体名※			
フリガナ※			
代表者名※			
住所※	〒 ー		
電話番号※	( )		
メールアドレス（携帯可）登録は1つまで			
フリガナ※			
連絡者名※	代表者と同じ方の場合は、名前のみの記入で結構です。		
住所※	〒 ー		
電話番号※	( )		
メールアドレス（携帯可）登録は1つまで			
(注) 記号（-^/_等）はハッキリご記入ください。数字のゼロは0 英字のオーはOとご記入ください。			
パスワード※			

(注) パスワードは、英数字4桁で記入してください。

利用者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

(注) 利用者番号は、既に利用者登録されている場合に記入してください。  
※この申請書による個人情報は、公共施設案内・予約システムの適正な管理運営のために使用するものであり、四日市市個人情報保護条例に基づき、適正に管理いたします。

(四日市市介護保険条例施行規則の一部改正)

第3条 四日市市介護保険条例施行規則(平成12年四日市市規則第31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。

介護保険 要介護・要支援〔認定・更新認定・認定変更〕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	申請に至った原因は、第三者が 起こした事故や労働災害です	1. はい	2. いいえ
-------	---	---	---	---------------------------------	-------	--------

フリガナ		性別	被保険者番号												
被保険者氏名 (介護が必要な人)		男・女	個人番号												
			生年月日	明・大・昭	年	月	日								

住所	〒															電話	( )
----	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	-----

前回の要介護認定の結果及び有効期間 (更新・変更時のみ記入)	要介護 [ 1 2 3 4 5 ] ・要支援 [ 1 2 ]
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

変更申請理由(認定変更の場合のみ記入)	
---------------------	--

現在の入院、入所施設 (短期入所を含む)	入院・入所施設名																	電話	( )
	所在地																		

提出代行者	名称 (氏名)	該当に○ 1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護保険施設 4. その他/本人との関係( )	印	[1~3の場合/担当者氏名]															
	住所	〒																	電話

主治医	医療機関名																				診療科(総合病院の場合のみ記入)		
	所在地	〒																				電話	( )

調査希望日	第1希望	月	日	午前・午後	第2希望	月	日	午前・午後	第3希望	月	日	午前・午後
	土・日・祝日はご遠慮下さい。また、ご希望に添えない場合はあらかじめおたずねします。 なお、訪問予定日は、あらかじめ文書でお知らせします。											

調査場所	該当に○ 1. 自宅 2. 入院・入所施設 3. その他(氏名・住所及び電話番号を下記へ記入して下さい。)	
	氏名	本人との関係
	住所	電話

第二号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療被保険者証(写し可)を、申請書に添付してください。		被保険者氏名
医療保険者名		被保険者証 記号番号

※特定疾病名を下記から選んで、番号に○をしてください。

1. がん(医師が回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)	2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症	4. 後縦靭帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症	6. 初老期における認知症
7. 脊柱管狭窄症	8. 早老症
9. 多系統萎縮症	10. 脳血管疾患
11. 脊髄小脳変性症	12. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
13. 閉塞性動脈硬化症	14. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
15. 慢性閉塞性肺疾患	16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要がある時は、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、又は介護保険施設へ要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を提示することに同意します。併せて、提示申請のあった主治医意見書を記載した医師にも、介護認定審査会による判定結果・意見を提示することを同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 印

受付印	
-----	--

交付基準に該当する場合は障害者控除対象者認定書の交付を 希望する 希望しない

(四日市市基準該当サービス事業者の登録等に関する規則の一部改正)

第4条 四日市市基準該当サービス事業者の登録等に関する規則(平成12年四日市市規則第37号)の一部を次のように改正する。

第6号様式を次のように改める。

第6号様式（第6条関係）

事業廃止（休止・再開）届出書

年 月 日

四日市市長

住所  
事業者（所在地）  
氏名  
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしますので届け出ます。

	基準該当事業者番号									
廃止（休止・再開）する事業所	名称									
	所在地									
休止・廃止・再開の別	休止 ・ 廃止 ・ 再開									
休止・廃止・再開する年月日	年 月 日									
休止・廃止する理由										
現にサービス又は支援を受けていた者に対する措置 （休止・廃止する場合のみ）										
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日									

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

(四日市市生活保護法施行細則の一部改正)

第5条 四日市市生活保護法施行細則(平成13年四日市市規則第28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3条関係)

受付番号	
受付年月日	年 月 日
ケース番号	

生活保護申請書

年 月 日

四日市市社会福祉事務所長

申請者 住所

氏名

印

保護を受ける者との関係

連絡先

下記の通り生活保護法による保護を申請します。

住所	四日市市	現在の所へ住み始めた時期	年 月 日
----	------	--------------	-------

家族の状況	人員	氏名	個人番号	続柄	性別	年齢	生年月日	学歴(学年)	職業(学校名)	健康状態
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
10										

家族の者のうち別な場所に住んでいる者があるときは、その者の氏名と住所

保護を申請する理由

- (1)申請書に書いたことに偽りはありません。もし、偽りがあった場合は申請を却下されても異議ありません。
- (2)保護についての検診又は、調査は拒みません。
- (3)保護の内容に異動があったときは、必ず届け出ます。

第 29 号様式を次のように改める。

第29号様式（第7条の2）

就労自立給付金申請書

下記のとおり、就労自立給付金の支給について必要書類を添えて申請します。

記

1. 保護を必要としなくなった事由

2. 添付書類

債権者登録申出書兼口座振込申出書

3. 世帯構成員

氏名	性別	生年月日
	男・女	年 月 日 ( 歳)
	男・女	年 月 日 ( 歳)
	男・女	年 月 日 ( 歳)
	男・女	年 月 日 ( 歳)

4. 就労自立給付金受給歴 無 ・ 有 (最終受給年月日 年 月 日)

\* 四日市市社会福祉事務所以外での受給歴を含む

上記のとおり相違ありません。

四日市市社会福祉事務所長

年 月 日

申請書 住所又は居所

氏名

印

第 3 1 号様式を次のように改める。

第31号様式（第7条の3関係）

生活保護法第78条の2の規定による保護金品等を  
徴収金の納入に充てる旨の申出書

私は、不実の申告など不正な手段により保護を受けた場合は、生活保護法第78条の2に基づき、交付される保護金品等（保護費（金銭給付されるものに限る。）及び就労自立給付金をいう。以下同じ。）の額から、生活保護法第78条に基づく徴収金のうち貴福祉事務所と協議し定める額について、当該保護金品等の交付期日をもって支払いに充てる旨を下記の内容について確認した上で、申し出ます。

なお、申出の撤回又は申出内容の変更を行わない限りにおいて、本申出に基づき、徴収金を全て納付するまで保護金品等から支払いに充てるものとします。

記

- 生活保護制度は、全額公費によってその財源が賄われていることから、不正受給はあってはならない。不正受給があった場合、生活保護法第78条に基づく徴収金は、必ず全額支払わなければならないものであること
- 不正をしようとする意思がなくても、申告漏れが度重なる場合は「不実の申告」と福祉事務所に判断される場合があること
- 徴収金の支払いに際して、一括して納付することが困難な場合には、家計の節約に努め、本申出の方法により保護金品等から支払いに充てること

年 月 日

住 所  
氏 名

印

四日市市社会福祉事務所長

年 月 日

私は、本申出に基づき、年 月分からの保護金品等より毎月 円を 年 月 日付費用徴収決定通知による法第78条の規定に基づく徴収金の支払いに充てるものとします。

(四日市市子どもの医療費の助成に関する条例施行規則の一部改正)

第6条 四日市市子どもの医療費の助成に関する条例施行規則(平成13年四日市市規則第30号)の一部を次のように改正する。

第5号様式から第7号様式までを次のように改める。

# 福祉医療費領収証明書

市(町)長 様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。  
(申請者記入欄)

年 月 日

住 所 〒

氏 名

市 町 コ ー ド

※ 該当する番号を○で囲んでください。

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

## 医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 ( 額 )	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード  年 月 日

所 在 地 〒

名 称

医療機関等 開設者氏名 印

電 話 番 号

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。  
 ※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。  
 ※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

# 福祉医療費領収証明書

市(町)長様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

住所〒  氏名	年 月 日
---------------	-------

※ 該当する番号を○で囲んでください。

市 町 コー ド

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 ( 額 )	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード	年 月 日
所在地〒	
名 称	
医療機関等	
開設者氏名	印
電 話 番 号	

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。





(四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則の一部改正)

第7条 四日市市障害者の医療費の助成に関する条例施行規則(平成13年四日市市規則第31号)の一部を次のように改正する。

第5号様式から第7号様式までを次のように改める。

# 福祉医療費領収証明書

市(町)長 様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。  
(申請者記入欄)

年 月 日

住 所 〒

氏 名

市 町 コ ー ド

※ 該当する番号を○で囲んでください。

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

## 医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 ( 額 )	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード  年 月 日

所 在 地 〒

名 称

医療機関等 開設者氏名 印

電 話 番 号

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。  
 ※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。  
 ※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

# 福祉医療費領収証明書

市(町)長様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

住所〒  氏名	年 月 日
---------------	-------

※ 該当する番号を○で囲んでください。

市 町 コ ー ド

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 ( 額 )	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード	年 月 日
所在地〒	
名 称	
医療機関等	
開設者氏名	印
電 話 番 号	

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。





(四日市市一人親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則の一部改正)

第8条 四日市市一人親家庭等の医療費の助成に関する条例施行規則（平成13年四日市市規則第43号）の一部を次のように改正する。

第5号様式から第7号様式までを次のように改める。

# 福祉医療費領収証明書

市(町)長 様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。  
(申請者記入欄)

年 月 日

住 所 〒

氏 名

市 町 コ ー ド

※ 該当する番号を○で囲んでください。

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

## 医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 ( 額 )	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード  年 月 日

所 在 地 〒

名 称

医療機関等 開設者氏名 印

電 話 番 号

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。  
 ※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。  
 ※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。

# 福祉医療費領収証明書

市(町)長様

- 1 障がい者
- 2 一人親家庭等
- 3 子ども
- 4 その他

住所〒  氏名	年 月 日
---------------	-------

※ 該当する番号を○で囲んでください。

市 町 コー ド

受給資格証番号	氏 名	性 別	生 年 月 日
		1男・2女	年 月 日

医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)

診 療 月	年 月	年 月	年 月	年 月
一 部 負 担 割 合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入 院 ・ 外 来 区 分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入 院 診 療 実 日 数	日	日	日	日
保 険 請 求 点 数 ( 額 )	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一 部 負 担 額	円	円	円	円
公 費 ・ (長) 区 分				
公 費 請 求 点 数	点	点	点	点
公 費 ・ (長) 一 部 負 担 額	円	円	円	円
食 事 療 養	保 険 請 求 分	円	円	円
	標 準 負 担 分	円	円	円
	公 費 請 求 分	円	円	円
	公 費 標 準 負 担 分	円	円	円
処 方 せ ん 発 行 区 分	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
※2 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 番 号				
※3 処 方 せ ん 発 行 医 療 機 関 名 称				
証 明 書 料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード	年 月 日
所在地〒	
名 称	
医療機関等	印
開設者氏名	
電話番号	

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付されたもののみレセプトの一部負担金額を記入してください。

※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。

※3 処方せん発行医療機関名称は、保険薬局にて記入してください。





(四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則の一部改正)

第9条 四日市市不妊治療に要する医療費の助成に関する規則(平成15年四日市市規則第28号)の一部を次のように改正する。

第1号様式の2を次のように改める。

四日市市不妊治療医療費助成金交付実績報告書

年 月 日

四日市市長

住所

申請者 氏名

印

電話番号

医療機関等証明欄 (主治医が記入してください。)

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( )	妻	( )			
受診者生年月日	年 月 日 ( 歳)		年 月 日 ( 歳)				
特定不妊治療の場合 今回の治療方法	A	B	C	D	E	F	日本産科婦人科学会 UMIN 個別調査票 登録の有無 有(症例登録番号 ) 無
今回の治療期間	年 月 日 ~			年 月 日			
不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 検査・診察	<input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 画像診断・処理	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 投薬	<input type="checkbox"/> タイミング法 <input type="checkbox"/> その他			
不妊治療に要した医療費の内自己負担額	円						
男性不妊治療 男性不妊治療費助成事業受診等証明書 (第4号様式)がある場合のみ記入	実施医療機関名		治療費 円 (上記領収金額に 含む 含まない )				
上記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を上記のとおり領収したことを証明します。							
年 月 日							
所在地 医療機関等 名称 氏名 印							
四日市市長							

(四日市市なや学習センター条例施行規則の一部改正)

第10条 四日市市なや学習センター条例施行規則(平成17年四日市市規則  
第26号)の一部を次のように改正する。

第2号様式から第4号様式までを次のように改める。

第2号様式

(第6条関係)

四日市市公共施設案内・予約システム利用者登録申請書

(個人登録用)

四日市市公共施設案内・予約システムの利用者登録について、次のとおり申請します。

※印は必ず記入してください。

申請日※	年 月 日	申請区分※	新規・変更・抹消
フリガナ※			
氏名※			
生年月日※	年 月 日	性別	男・女
住所※	〒 ー		
電話番号※	( )		
メールアドレス(携帯可)登録は1つまで			
(注)記号(-^/_等)はハッキリご記入ください。数字のゼロは0/英字のオーはOとご記入ください。			
勤務先、 学校名	フリガナ		
	名称		
	住所	〒 ー	
電話番号	( )		

パスワード※

(注)パスワードは、数字4桁で記入してください。

利用者番号

(注)利用者番号は、既に利用者登録されている場合に記入してください。

※この申請書による個人情報は、公共施設案内・予約システムの適正な管理運営のために使用するものであり、四日市市個人情報保護条例にもとづき、適正に管理いたします。

四日市市公共施設案内・予約システム利用者登録申請書

(団体登録用)

四日市市公共施設案内・予約システム利用者登録について、次のとおり申請します。

※印は必ず記入してください。

申請日※	年 月 日	申請区分※	新規・変更・抹消
フリガナ※			
団体名※			
フリガナ※			
代表者名※			
住所※	〒 —		
電話番号※	( )		
メールアドレス(携帯可)登録は1つまで			
フリガナ※			
連絡者名※	代表者と同じ方の場合は、名前のみの記入で結構です。		
住所※	〒 —		
電話番号※	( )		
メールアドレス(携帯可)登録は1つまで			
(注) 記号(-^/_等)はハッキリご記入ください。数字のゼロは0/英字のオーはOとご記入ください。			
パスワード※			

(注) パスワードは、英数字4桁で記入してください。

利用者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

(注) 利用者番号は、既に利用者登録されている場合に記入してください。

※この申請書による個人情報、公共施設案内・予約システムの適正な管理運営のために使用するものであり、四日市市個人情報保護条例にもとづき、適性に管理いたします。





第4号様式

(第7条関係)

四日市市公共施設利用許可書

許可 号  
年 月 日

〒

様

次のとおり、四日市市公共施設の利用を許可します。

受付番号		利用者番号	
施設			
施設内の場所			
利用目的 (行事名称)			
利用日時	年 月 日 ( 曜 ) 時 分 ~ 時 分		
利用責任者			
利用人数			

出演者					
出演予定者数	人	入場予定者数	人	会場整理員	人

受付施設	
------	--

日付	施設内の場所	利用時間	利用人数	冷暖房設備	照明設備

合 計 円

(四日市市文化会館の設置及び管理に関する条例施行規則の一部改正)

第 1 1 条 四日市市文化会館の設置及び管理に関する条例施行規則（平成 1 7 年四日市市規則第 3 3 号）の一部を次のように改正する。

第 1 号様式及び第 2 号様式を次のように改める。

# 四日市市文化会館使用許可申請書

年 月 日

四日市市文化会館指定管理者

利用者番号

利用者名／団体名

住所

電話番号

四日市市文化会館の使用の許可を受けたいので、次のとおり申請します。

受付番号	
施設	
施設内の場所	
利用目的 (行事名称)	
利用日時	
利用責任者	
利用人数	人

出演者					
出演予定者数	人	入場予定者数	人	会場整理員	人

受付施設	
------	--

日付	施設内の場所	利用時間	利用人数	冷暖房設備	照明設備

使用料	基本利用料	冷暖房利用料	照明利用料
	円	円	円
	備品利用料	減免額	消費税
	円	円	円
	合計		円

(四日市市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則の一部改正)

第12条 四日市市指定介護予防支援事業所の指定等に関する規則(平成18年四日市市規則第53号)の一部を次のように改正する。

第3号様式を次のように改める。

第3号様式(第3条関係)

指定介護予防支援事業所 事業廃止(休止・再開)届出書

年 月 日

四日市市長

申請者 住所  
(所在地)  
氏名  
(名称及び代表者氏名) 印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしますので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
廃止(休止・再開)する事業所	名称								
	所在地								
休止・廃止・再開の別	休止 ・ 廃止 ・ 再開								
休止・廃止・再開する年月日	年 月 日								
休止・廃止する理由									
現に介護予防支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止する場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

(四日市市動物の愛護及び管理に関する法律施行細則の一部改正)

第13条 四日市市動物の愛護及び管理に関する法律施行細則(平成20年四日市市規則第44号)の一部を次のように改正する。

第12号様式を次のように改める。

第12号様式（第9条関係）

## 動物引取取下願

年 月 日

四日市市保健所長

住所  
届出者  
氏名  
電話（ ） ー

動物の愛護及び管理に関する法律第35条第1項の規定によりお願いした次の犬又は猫の引取りを取り下げます。

既に支払った引取り手数料については、返還を求めません。

所有者の住所			
所有者の氏名			
動物の種類	動物の生年月日	年	月 日生
毛色	動物の性別	オス	メス
動物の名	動物の体格	大	中 小
動物の特徴			
*以下は犬の場合のみ記載			
登録番号	登録年月日		
注射済票番号	注射年月日		

※ 電話番号等個人情報については、この申請に関する問い合わせ以外に使用いたしません。

(四日市市母子保健法施行細則の一部改正)

第14条 四日市市母子保健法施行細則(平成20年四日市市規則第50号)

の一部を次のように改正する。

第4号様式の1を次のように改める。

第4号様式の1(第3条関係)

養 育 医 療 券				(病院・診療所用)	
公費負担者番号			受給者番号		
交付年月日					
被保険者証等の 記号及び番号					
保険者等の名称					
受 療 者	名前			性別	
	生年月日				
申 請 者	名前				
	生年月日				
	続柄				
	住所				
指定養育医療機関					
診療予定機関					
本券の有効期間					
<p>上記のとおり決定する</p> <p>年 月 日</p> <p>四日市市長</p>					

(四日市市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則の一部改正)

第15条 四日市市精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行細則（平成20年四日市市規則第52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）

精神障害者の診察及び保護申請書

年 月 日

四日市市長

申請者 印

次のように精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第22条の規定により申請します。

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	
精神障害 又は疑い のある者	現在場所 居住地	
	氏名 (性別)	
	生年月日	
症状の概要		
精神障害者 又はその疑い のある者 を保護して いる者	住 所	
	続 柄	
	氏 名	

(四日市市長等の事務の引継ぎに関する規則の一部改正)

第16条 四日市市長等の事務の引継ぎに関する規則（平成20年四日市市規則第79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3条関係）

事務引継書

前（職、氏名）は、次のとおり（職、氏名）立会いのうえ、（職、氏名）に事務の引継ぎをした。

年 月 日

事務の引継ぎをした者  
前（職、氏名）

事務の引継ぎを受けた者  
（職、氏名）

立 会 人  
（職、氏名）

- 1 引継ぎ事項
- 2 引継ぎ理由
- 3 引き継いだ書類帳簿目録、財産目録等
- 4 処分未了事項、未着手の事項又は将来企画すべき事項  
(1) 意見書に記載する事項

所属名	処分未了の事項	未着手の事項	将来企画すべき事項

① 処分未了の事項

事項	処理の順序及び方法	意見

② 未着手の事項

事項	処理の順序及び方法	意見

③ 将来企画すべき事項

事項	処理の順序及び方法	意見

(四日市市勤労者・市民交流センター条例施行規則の一部改正)

第17条 四日市市勤労者・市民交流センター条例施行規則（平成20年四日市市規則第80号）の一部を次のように改正する。

第2号様式から第5号様式までを次のように改める。

第2号様式（第5条関係）

四日市市公共施設案内・予約システム利用者登録申請書

（個人登録用）

四日市市公共施設案内・予約システムの利用者登録について、次のとおり申請  
します。

※印は必ず記入してください。

申請日※	年 月 日	申請区分※	新規・変更・抹消
フリガナ※			
氏名※			
生年月日※	年 月 日	性別	男・女
住所※	〒 ー		
電話番号※	( )		
メールアドレス（携帯可）登録は1つまで			
(注) 記号（-^/_等）はハッキリご記入ください。数字のゼロは0 / 英字の オーはOとご記入ください。			
勤務先、 学校名	フリガナ		
	名称		
	住所	〒 ー	
電話番号	( )		

パスワード※

(注) パスワードは、数字4桁で記入してください。

利用者番号

(注) 利用者番号は、既に利用者登録されている場合に記入してください。

※この申請書による個人情報、公共施設案内・予約システムの適正な管理運営  
のために使用するものであり、四日市市個人情報保護条例にもとづき、適性に  
管理いたします。

四日市市公共施設案内・予約システム利用者登録申請書

(団体登録用)

四日市市公共施設案内・予約システム利用者登録について、次のとおり申請します。

※印は必ず記入してください。

申請日※	年 月 日	申請区分※	新規・変更・抹消
フリガナ※			
団体名※			
フリガナ※			
代表者名※			
住所※	〒 —		
電話番号※	( )		
メールアドレス(携帯可)登録は1つまで			
フリガナ※			
連絡者名※	代表者と同じ方の場合は、名前のみの記入で結構です。		
住所※	〒 —		
電話番号※	( )		
メールアドレス(携帯可)登録は1つまで			
(注) 記号(-^/_等)はハッキリご記入ください。数字のゼロは0/英字のオーはOとご記入ください。			
パスワード※			

(注) パスワードは、英数字4桁で記入してください。

利用者番号							
-------	--	--	--	--	--	--	--

(注) 利用者番号は、既に利用者登録されている場合に記入してください。

※この申請書による個人情報は、公共施設案内・予約システムの適正な管理運営のために使用するものであり、四日市市個人情報保護条例にもとづき、適性に管理いたします。





第4号様式（第8条関係）

四日市市公共施設利用許可書

許可 号  
年 月 日

〒

様

次のとおり、四日市市公共施設の利用を許可します。

受付番号		利用者番号	
施設			
施設内の場所			
利用目的 (行事名称)			
利用日時	年 月 日 ( 曜 ) 時 分 ~ 時 分		
利用責任者			
利用人数			

出演者					
出演予定者数	人	入場予定者数	人	会場整理員	人

受付施設	
------	--

日付	施設内の場所	利用時間	利用人数	冷暖房設備	照明設備

合 計		円
-----	--	---

第5号様式（第9条関係）

四日市市公共施設利用変更（取消）・還付申請書

年 月 日

利用者番号

利用者名／団体名

申請者 印

住所

電話番号

次のとおり、使用料の変更（取消）・還付を申請します。

施設	<input type="text"/>
----	----------------------

調定額	納入済額	還付対象額
円	円	円

No	施設内の場所	利用日時	状態	取消・変更理由	還付対象額	還付率	還付額
返還額・還付額							円

(四日市市消防団員の費用弁償に関する規則の一部改正)

第18条 四日市市消防団員の費用弁償に関する規則(平成22年四日市市規則第27号)の一部を次のように改正する。

第1号様式から第3号様式までを次のように改める。







（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改正）

第 19 条 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。

第 30 号様式を次のように改める。

第30号様式

指定特定相談支援事業者に係る変更届出書

年 月 日

四日市市長

住 所  
事業者 (所在地)  
氏 名  
(名称及び代表者氏名) 印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号									
指定内容を変更した事業所		名 称									
		所 在 地									
変更があった事項		変更の内容									
1	事業所(施設)の名称	(変更前)					(変更後)				
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)										
3	申請者(設置者)の名称										
4	主たる事務所の所在地										
5	代表者の氏名及び住所										
6	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)										
7	事業所の平面図及び設備の概要										
8	事業所の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴										
9	相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴										
10	運営規程										
11	請求に関する事項										
12	役員の氏名、生年月日及び住所										
変更年月日		年 月 日									

- 備考1 該当項目番号に○を付してください。  
 2 変更内容がわかる書類を添付してください。  
 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

障害福祉課

(四日市市児童福祉法施行細則の一部改正)

第20条 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号様式から第3号様式までを次のように改める。

児童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	(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	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"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

児童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			

特例児童通所給付費支給申請書

【 年 月 分】

四日市市長

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例児童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								
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			年 月 日					
特例児童通所給付費 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		

上記に関する特例児童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		口座番号	
	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

児童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 号  
年 月 日

四日市市長



年 月 日に申請のありました児童通所給付費の支給（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			

肢体不自由 児童通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児童通所医療 （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			

# 児童通所支援支給決定内容

受給者証番号

通所給付決定  
保護者氏名

	通所支援の種類 有効期間	支援の内容及び支給量
給付決定内容		
特記事項		

**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か月以内に三重県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、三重県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、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。

第10号様式及び第11号様式を次のように改める。

(一)		(二)		(三)	
通所受給者証		児童通所給付費の給付決定内容		児童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	支給量等		支給量等	
児童	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	予備欄		予備欄	
生年月日					
交付年月日					
支給市町村名及び印					

(四)

児童相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

(五)

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	円
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
	事業者及びその事業所の名称	
1	支援の内容	事業者確認印
	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	
2	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	事業者確認印
	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
3	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	事業者確認印
	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	

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			事業者確認印
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	事業者確認印
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		事業者確認印
	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	事業者確認印
	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		事業者確認印
	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	事業者確認印
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量		

注意事項欄
<p>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。</p> <p>2 指定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。</p> <p>3 医療型児童発達支援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肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>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しん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。</p> <p>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。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは児童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。</p>

注意事項欄
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>13 支給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、児童通所給付費等の支給は受けられません。</p>



第15号様式を次のように改める。

高額児童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児童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)											
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	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。

高額児童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 1 普通預金 2 当座預金 3 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	<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
住所	〒 電話番号		

第 3 3 号様式を次のように改める。

計画相談支援給付費・児童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	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 3 7 号様式及び第 3 8 号様式を次のように改める。

計画相談支援・児童相談支援依頼（変更）届出書

四日市市長

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	
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	

計画相談支援・児童相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・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

指定特定相談支援事業所・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

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		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		続柄	
給付決定に係る 児童氏名	(個人番号 )	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		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。

(四日市市不育症治療に要する医療費の助成に関する規則の一部改正)

第21条 四日市市不育症治療に要する医療費の助成に関する規則(平成26年四日市市規則第31号)の一部を次のように改正する。

第2号様式を次のように改める。

第2号様式（第5条関係）

不育症治療受診等証明書

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

受 診 者	ふりがな		生年 月日	年 月 日
	氏名			
今回の治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
不育症治療を必要とした理由				
検査、治療内容 (保険診療外)				
領収金額		今回の治療にかかった年度内の合計額(※保険診療外の自己負担額及び申請に係る証明書料)  領収金額 円		

※ 領収金額：治療期間（治療開始日から出産(流産、死産等を含む)に伴い治療が終了するまで）における年度内（4月から翌年3月末日まで）の検査費及び治療費です。

(四日市市保育所等の入所に関する規則の一部改正)

第22条 四日市市保育所等の入所に関する規則(平成26年四日市市規則第50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条様式)

保育所・認定こども園 入園・入所申込書(兼保育児童台帳)

整理番号

※(該当するものにレ点を入れてください)

四日市市社会福祉事務所長 宛

年 月 日

保護者住所 四日市市

TEL 自宅  
父携帯  
母携帯

保護者氏名

次のとおり、保育所・認定こども園への入園・入所を申し込みます。

申請に係る小学校 就学前子ども (申請児童)	氏名(フリガナ) ( )	生年月日 年 月 日	性別 男・女	認定者番号 ※既に支給認定を受けて いる場合に記入
保育等の希望	<input type="checkbox"/> 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望 (幼稚園等との併願の場合を含む)			
希望の項目にレ点 を入れてください	<input type="checkbox"/> 幼稚園等の利用を希望 (保育所等と併願の場合を除く)			

次の①から⑥について、ご記入ください(幼稚園のみ利用を希望する場合は、①・②だけをご記入ください)

①世帯の状況 ※申請に係る小学校就学前子ども(申請児童)以外をご記入ください。

	氏名	児童との 続柄	生年月日	勤務先(学校等)	備考
保護者	フリガナ		年 月 日		
児童の 世帯員			・		
			・		
			・		
			・		
			・		

②利用を希望する期間、希望する施設(事業者)名

利用を希望する期間	利用を希望する施設(事業者名)	備考
希望する期間にレ点を入れてください 年 月 日から	第1希望	
<input type="checkbox"/> 小学校就学前まで	第2希望	
	第3希望	
<input type="checkbox"/> 年 月 日まで		

(幼稚園のみを希望する場合は、以降の項目について記入の必要はありません)

③送迎について※該当する箇所にレ点を入れてください。

送迎方法	送迎人
<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 車 <input type="checkbox"/> 自転車	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母
<input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> その他( )

④保育の利用を必要とする理由等		
保育の利用を必要とする理由 該当する箇所にレ点を入れてください	続柄	必要とする理由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )
	続柄	必要とする理由 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学 <input type="checkbox"/> その他( )
家庭の状況	<input type="checkbox"/> ひとり親家庭 <input type="checkbox"/> 左記以外	
生活保護の状況	<input type="checkbox"/> 適用なし <input type="checkbox"/> 適用あり( 年 月 日保護開始)	
希望する利用時間	利用曜日 月・火・水・木・金・土	利用時間(□短時間を希望する)←希望の場合□にレをつける 時 分から 時 分まで
⑤祖父母の状況		
父方	祖父 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居(住所 )
	祖母 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居(住所 )
母方	祖父 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居(住所 )
	祖母 ( 歳)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 離別 <input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 別居(住所 )
⑥本児の状況と就学前の兄弟の状況について		
本児の状況		
<input type="checkbox"/> 病歴 病名( ) 医療機関名( ) <input type="checkbox"/> 発育が遅い( ) <input type="checkbox"/> 言葉が遅い( ) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 無・有( ) <input type="checkbox"/> 療育手帳 無・有( ) <input type="checkbox"/> アレルギー 無・有( ) <input type="checkbox"/> ひきつけ 無・有( ) <input type="checkbox"/> 健診のとき指摘はありましたか 無・有( )歳児健診のとき( ) <input type="checkbox"/> 本児のことでどこかで相談を受けたことはありますか 無・有( )		
本児の保育の状況について		
<input type="checkbox"/> ( )保育園 在園中 申請中 <input type="checkbox"/> ( )幼稚園 在園中 申請中 <input type="checkbox"/> (父、母、祖父、祖母、親族)が家で保育 (育児休業中 年 月 日 まで) <input type="checkbox"/> 他人に預けている <input type="checkbox"/> 他の保育所に預けている( ) <input type="checkbox"/> 父母が勤務先にて保育(託児所 有・無) <input type="checkbox"/> 育休取得時に保育園を退園 無・有( 保育園) <input type="checkbox"/> その他( )		
就学前の兄弟の保育の状況について		
<input type="checkbox"/> ( )保育園 在園中 申請中 <input type="checkbox"/> ( )幼稚園 在園中 申請中 <input type="checkbox"/> (父、母、祖父、祖母、親族)が家で保育 (育児休業中 年 月 日 まで) <input type="checkbox"/> 他人に預けている <input type="checkbox"/> 他の保育所に預けている( ) <input type="checkbox"/> 父母が勤務先にて保育(託児所 有・無) <input type="checkbox"/> その他( )		
四日市市記入欄		
認定の可否		認定者番号
可・否		認定区分等
否とする理由( ) 年 月 日 認定		1号・2号・3号 (標・短)
支給(入所)の可否		支給(利用)期間
可・否		入所施設名
否とする理由( )		自 : 年 月 日 至 : 年 月 日

(四日市市楠交流会館条例施行規則の一部改正)

第23条 四日市市楠交流会館条例施行規則(平成27年四日市市規則第19号)の一部を次のように改正する。

第5号様式を次のように改める。

第5号様式(第17条関係)

発行		四日市市楠交流会館図書室 個人貸出申込書				登録日					
入力											
利用者 コード											

太線の中を記入してください。  
 ご記入いただいた個人情報は、図書室業務以外の目的には使用しません。

ふりがな			生年月日		
氏名			年	月	日生
住所	(〒 — ) アパート名・部屋番号などもあればご記入ください 市 郡				
電話	自宅 携帯	( ) —	保護者名		
	その他 [ ]	( ) —			
学校名 または 勤務先	自宅 携帯	( ) —	ネット予約用パスワード ・希望する ・希望しない		
	その他 [ ]	( ) —			
勤務先電話( ) —					

本人確認 1免許証 2保険証 3学生証 4他 [ ] 受付 [ ]

(四日市市職員の退職管理に関する規則の一部改正)

第24条 四日市市職員の退職管理に関する規則(平成28年四日市市規則第10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。

四日市市長(任命権者)

地方公務員法(昭和25年法律第261号)第38条の2第6項第6号の規定に基づき、下記のとおり承認を申請します。  
この申請書の記載事項は、事実と相違ありません。

1 申請者

(ふりがな) ( ) 氏 名 (印)	生年月日(年齢) 年 月 日生( 歳)
勤務先営利企業等の名称	役 職
連絡先 TEL( — — )	FAX( — — )
勤務先営利企業等の業務内容	

2 離職時及び離職前の状況

離 職 日	年	月	日	離職時の職		
離職前5年間(※)の在職状況等	所属・職名等	在職期間		職務内容		
		自	年	月	日	
		至	年	月	日	
		自	年	月	日	
		至	年	月	日	
		自	年	月	日	
		至	年	月	日	
		自	年	月	日	

※申請者が地方公務員法第38条の2第4項に規定する職に就いていた場合にあっては、当該職に就いていた期間まで遡って記載すること。

3 要求又は依頼する事項と勤務先営利企業等との契約等の関係

在職していた行政機関等において自らが締結を決定した勤務先営利企業等又はその子法人との契約に関する要求又は依頼	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない
在職していた行政機関等において自らが決定した勤務先営利企業等又はその子法人に対する処分(行政手続法(平成5年法律第88号)第2条第2号)に関する要求又は依頼	<input type="checkbox"/> 該当する	<input type="checkbox"/> 該当しない

4 要求又は依頼の対象となる役職員

氏名(ふりがな) ( )	
所属局課	役職名
職務内容	

5 要求又は依頼の対象となる契約等事務の内容

<input type="checkbox"/> 電気、ガス若しくは水道水の供給を受ける契約その他これらに類する継続的給付を受ける契約に関する職務に関するもの
<input type="checkbox"/> その他役職員の裁量の余地が少ない職務に関するもの
職務の内容及び職務に係る役職員の裁量の程度
<input type="checkbox"/> 上記の2項目のいずれにも該当しない

6 要求又は依頼の具体的な内容

--

7 その他参考事項

--

(四日市市農業委員会の委員の選任に関する規則の一部改正)

第25条 四日市市農業委員会の委員の選任に関する規則（平成28年四日市市規則第79号）の一部を次のように改正する。

第1号様式から第3号様式までを次のように改める。

1 被推薦者（推薦を受ける者）

ふりがな							
氏名							
性別	男 ・ 女	年齢	歳	職業			
住所	〒						
電話番号	自宅（ ）		—	携帯電話（ ）			
経歴	年 月 日	勤務経歴（勤務先、職名、役職名）					
	年 月 日	団体等における経歴（団体名、役職）					
農業経営の状況	営農類型 該当するものに○をし、()内に具体的な作目を記入してください。 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 水稻	<input type="checkbox"/> 露地野菜	<input type="checkbox"/> 施設野菜	<input type="checkbox"/> 果樹	<input type="checkbox"/> 花き	<input type="checkbox"/> その他
	耕作面積（1アールは100㎡です）	主要な作目（ ） アール					
認定農業者の認定を受けているか否かの別 (どちらかに○をしてください)	認定を受けている ・ 認定申請中* ・ 認定を受けていない						
抱負等 (500字程度)							

\*農業経営改善計画認定申請書提出済みの者

## 2 推薦者

ふりがな					
氏名					
性別	男・女	年齢	歳	職業	
住所	〒				
電話番号	自宅 ( )		—	携帯電話 ( )	
推薦する理由 (500字程度)					
前記1の者について、四日市市農地利用最適化推進委員に推薦しているか否かの別 (どちらかに○をしてください)	推薦している ・ 推薦していない				
四日市市長 様					
私は、前記1の者を四日市市農業委員会委員として推薦します。					
年 月 日					
氏名 印					

## 3 被推薦者（推薦を受ける者）の同意

四日市市長 様					
(1) 私は、農地法（昭和27年法律第229号）その他農業に関する法令に違反していないことを、市長が本人又は関係者に確認することについて同意します。					
(2) 私は、農業経営の状況について、市長が本人又は関係者に確認することについて同意します。					
(3) 私は、農業委員会等の法律第8条第4項各号に該当しないことを、市長が官公署に紹介することについて同意します。					
(4) 私は、住所及び電話番号を除き公表されること並びに四日市市農業委員会委員の推薦を受けることに同意します。					
年 月 日					
氏名 印					

添付書類：①被推薦者（推薦を受ける者）が市外在住者の場合は住民票（発行後3箇月以内のもの）

②被推薦者が認定農業者等（認定申請中の者を含む）である場合は、認定農業者証等の認定農業者であることを証明する書類の写し（認定申請中の者については、四日市市農業委員会委員候補者選考委員会の開催日前日までに提出してください。）

1 被推薦者（推薦を受ける者）

ふりがな					
氏名					
性別	男 ・ 女	年齢	歳	職業	
住所	〒				
電話番号	( )		— (昼間に連絡がとれる電話を記載ください)		
経歴	年 月 日	勤務経歴（勤務先、職名、役職名）			
	年 月 日	団体等における経歴（団体名、役職名）			
農業経営の状況	<p>営農類型 該当するものに○をし、()内に具体的な作目を記入してください。 (複数選択可)</p>	<input type="checkbox"/> 水稻 <input type="checkbox"/> 露地野菜 <input type="checkbox"/> 施設野菜 <input type="checkbox"/> 果樹 <input type="checkbox"/> 花き <input type="checkbox"/> その他	主要な作目 ( )		
	耕作面積（1アールは100㎡です）	アール			
認定農業者の認定を受けているか否かの別 (どちらかに○をしてください)	認定を受けている ・ 認定申請中* ・ 認定を受けていない				
抱負等 (500字程度)	(1) 応募の理由について (2) 農業委員に就任した場合の抱負				

\*農業経営改善計画認定申請書提出済みの者

2 推薦者

ふりがな		
組織の名称		
ふりがな		
代表者又は 管理人の氏名		
主たる事務所の 所在地	〒	
電話番号	( ) —	(昼間に連絡がとれる電話を記載ください)
活動の主たる 目的		
構成員	人数	構成員の資格, 要件等
	人	
推薦する理由 (500字程度)		
前記1の者について, 四日市市農地利用最適化推 進委員に推薦しているか否かの別 (どちらかに○をしてください)	推薦している ・ 推薦していない	
<p>四日市市長 様</p> <p>私は, 前記1の者を四日市市農業委員会委員として推薦します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">組織名</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>		

3 被推薦者(推薦を受ける者)の同意

<p>四日市市長 様</p> <p>(1) 私は, 農地法(昭和27年法律第229号)その他農業に関する法令に違反していないことを, 市長が本人又は関係者に確認することについて同意します。</p> <p>(2) 私は, 農業経営の状況について, 市長が本人又は関係者に確認することについて同意します。</p> <p>(3) 私は, 農業委員会等の法律第8条第4項各号に該当しないことを, 市長が官公署に紹介することについて同意します。</p> <p>(4) 私は, 住所及び電話番号を除き公表されること並びに四日市市農業委員会委員の推薦を受けることに同意します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>
---

添付書類: ①被推薦者(推薦を受ける者)が市外在住の場合は住民票(発行後3箇月以内のもの)

②被推薦者が認定農業者等(認定申請中の者を含む)である場合は, 認定農業者証等の認定農業者であることを証明する

書類の写し（認定申請中の者については，四日市市農業委員候補者選考委員会の開催日前日までに提出してください。）

ふりがな				
氏名				
性別	男 ・ 女	年齢	歳	職業
住所	〒			
電話番号	自宅 ( )	—	携帯電話 ( )	
経歴	年 月 日	勤務経歴 (勤務先)		
	年 月 日	団体等における経歴		
農業経営の状況	営農類型 該当するものに○をし、()内に具体的な作目を記入してください。 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 水稲	<input type="checkbox"/> 露地野菜	<input type="checkbox"/> 施設野菜
	耕作面積 (1アールは100㎡です)	主要な作目 (		
認定農業者の認定を受けているか否かの別 (どちらかに○をしてください)	認定を受けている ・ 認定申			
農地利用最適化推進委員の募集に応募しているか否かの別 (どちらかに○をしてください)	応募している ・			
応募理由 (500字程度)				

四日市市長 様

(1) 私は、農地法（昭和27年法律第229号）その他農業に関する法令に違反していないことについて同意します。

(2) 私は、農業経営の状況について、市長が本人又は関係者に確認することについて同意し

(3) 私は、農業委員会等の法律第8条第4項各号に該当しないことを、市長が官公署に紹介す

(4) 私は、住所及び電話番号を除き公表されること並びに四日市市農業委員会委員の推薦を

年

氏名

添付書類：①応募者が市外在住の場合は住民票（発行後3箇月以内のもの）

②被推薦者が認定農業者等（認定申請中の者を含む）である場合は、認定農業者証書類の写し（認定申請中の者については、四日市市農業委員会委員候補者選考委員い。）



を、市長が本人又は関係者に確認する  
ます。  
ることについて同意します。  
受けることに同意します。

月 日

印

等の認定農業者であることを証明する  
会の開催日前日までに提出してくださ

(四日市市立こども園管理規則の一部改正)

第26条 四日市市立こども園管理規則(平成29年四日市市規則第11号)

の一部を次のように改正する。

第1号様式及び第2号様式を次のように改める。



第2号様式（第10条関係）

様

第 号  
年 月 日

四日市市長

## 入所承諾書

申込みのありました への入所について次のとおり承諾いたします。

入所する児童の氏名 ・ 認定者番号 及び生年月日	
入所する事業所の 名称及び所在地	
保育の実施期間	年 月 日 から 年 月 日
保育料の月額及び 納入方法	
<p>この決定に不服があるときは、この通知を受けた翌日から起算して60日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。</p> <p>この決定の取消しの訴えは、この通知を受けた日の翌日から起算して6ヶ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ものは四日市市長となります）、提起することができます（なお、この決定があったことを知った日から6ヶ月以内であっても、決定の日から1年を経過するとこの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。）。ただし、この決定があったことを知った日の翌日から起算して、60日以内に審査請求をした場合には、この決定の取消しの訴えは、その審査請求に対する決定があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に提起することができます（なお、決定があったことを知った日から6ヶ月以内であっても、決定の日から1年を経過するとこの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。）。</p>	

附 則

この規則は、令和元年5月1日から施行する。

(総務部総務課)