

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。

令和5年3月27日

四日市市長 森 智 広

四日市市規則第32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
<p>（支給申請にかかる同意）</p> <p>第2条 法第6条に規定する自立支援給付に係る支給申請（自立支援医療費及び補装具費を除く。）に当たり、<u>市長は、第5条の規定による各支給の申請時に、申請者及び申請者の属する世帯の生計中心者に対し、当該世帯の所得及び課税の状況の調査に係る同意を求め</u><u>るものとする。</u></p>	<p>（支給申請にかかる同意）</p> <p>第2条 法第6条に規定する自立支援給付に係る支給申請（自立支援医療費及び補装具費を除く。）に当たり、<u>申請者及び申請者の属する世帯の生計中心者が提出する世帯の所得及び課税の状況の調査に係る同意は、同意書（第1号様式）により行うものとする。</u></p>
<p>（障害支援区分認定に係る調査委託）</p> <p>第3条 市長は、法第20条第2項の規定により障害支援区分認定に係る調査（以下「調査」という。）を委託したときは、同条第3項の規定により調査を行う者に対し、障害支援区分認定に係る調査員証（<u>第1号様式</u>。以下「調査員証」という。）を交付するものとする。</p> <p>2及び3 （略）</p> <p>4 市長は、第1項の規定により調査員</p>	<p>（障害支援区分認定に係る調査委託）</p> <p>第3条 市長は、法第20条第2項の規定により障害支援区分認定に係る調査（以下「調査」という。）を委託したときは、同条第3項の規定により調査を行う者に対し、障害支援区分認定に係る調査員証（<u>第2号様式</u>。以下「調査員証」という。）を交付するものとする。</p> <p>2及び3 （略）</p> <p>4 市長は、第1項の規定により調査員</p>

証を交付したときは、調査員証交付台帳（第2号様式）を整備するものとする。

（障害支援区分の認定）

第4条 市長は、法第21条の規定により障害支援区分の認定をしたときは、障害支援区分認定通知書（第3号様式）により当該認定に係る障害者に通知するものとする。

2 市長は、法第21条及び第24条の規定による障害支援区分の変更の認定をしたときは、障害支援区分変更認定通知書（第4号様式）により当該認定に係る障害者に通知するものとする。

3 障害支援区分の認定を受けている者であることの証明は、障害支援区分認定証明書（第5号様式）により行うものとする。

（介護給付費等の支給申請等）

第5条 法第22条に規定する介護給付費及び訓練等給付費（以下「介護給付費等」という。）の支給申請、法第34条に規定する特定障害者特別給付費の支給申請、法第51条の14に規定する地域相談支援給付費の支給申請並びに法第29条第3項第2号に規定する利用者負担額の減額及び免除（以下「利用者負担額の減免等」という。）の申請は、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

証を交付したときは、調査員証交付台帳（第3号様式）を整備するものとする。

（障害支援区分の認定）

第4条 市長は、法第21条の規定により障害支援区分の認定をしたときは、障害支援区分認定通知書（第4号様式）により当該認定に係る障害者に通知するものとする。

2 市長は、法第21条及び第24条の規定による障害支援区分の変更の認定をしたときは、障害支援区分変更認定通知書（第5号様式）により当該認定に係る障害者に通知するものとする。

3 障害支援区分の認定を受けている者であることの証明は、障害支援区分認定証明書（第6号様式）により行うものとする。

（介護給付費等の支給申請等）

第5条 法第22条に規定する介護給付費及び訓練等給付費（以下「介護給付費等」という。）の支給申請、法第34条に規定する特定障害者特別給付費の支給申請、法第51条の14に規定する地域相談支援給付費の支給申請並びに法第29条第3項第2号に規定する利用者負担額の減額及び免除（以下「利用者負担額の減免等」という。）の申請は、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（第6号様式）に世帯状況・収入申告書（第7号様式）その他市長が必要と認めた書類を添付して行うものとする。

- 2 市長は、前項の申請について支給を決定したときは、支給決定通知書（第8号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（却下決定の通知）

第6条 市長は、前条第1項の申請について、支給を行わないことを決定したときは、却下決定通知書（第9号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（介護給付費等の支給変更申請等）

第7条 法第24条第1項に規定する介護給付費等の支給の変更申請、法第51条の9に規定する地域相談支援給付費の支給の変更申請及び法第29条第3項第2号に規定する利用者負担額の減額等に係る変更申請は、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（第10号様式）により行うものとする。

- 2 市長は、前項の申請について支給の変更を決定したときは、支給決定変更通知書（第11号様式）により当該申

支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（第7号様式）に世帯状況・収入申告書（第8号様式）その他市長が必要と認めた書類を添付して行うものとする。

- 2 市長は、前項の申請について支給を決定したときは、支給決定通知書（第9号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（却下決定の通知）

第6条 市長は、前条第1項の申請について、支給を行わないことを決定したときは、却下決定通知書（第10号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（介護給付費等の支給変更申請等）

第7条 法第24条第1項に規定する介護給付費等の支給の変更申請、法第51条の9に規定する地域相談支援給付費の支給の変更申請及び法第29条第3項第2号に規定する利用者負担額の減額等に係る変更申請は、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（第11号様式）により行うものとする。

- 2 市長は、前項の申請について支給の変更を決定したときは、支給決定変更通知書（第12号様式）により当該申

請者に通知するものとする。

(支給決定の取消し)

第8条 市長は、法第25条第1項の規定及び第51条の10第1項の規定により支給決定の取消しを決定したときは、支給決定取消通知書(第12号様式)により当該申請者に通知するものとする。

(特例介護給付費等の支給申請等)

第9条 法第30条に規定する特例介護給付費及び特例訓練等給付費(以下「特例介護給付費等」という。)の支給申請、法第35条に規定する特例特定障害者特別給付費の支給申請並びに法第51条の15に規定する特例地域相談支援給付費の支給申請は、特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費支給申請書(第13号様式)により行うものとする。

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、特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費支給(不支給)決定通知書(第14号様式)により当該申請者に通知するものとする。

(障害福祉サービス受給者証等)

第12条 市長は、支給決定障害者に対

請者に通知するものとする。

(支給決定の取消し)

第8条 市長は、法第25条第1項の規定及び第51条の10第1項の規定により支給決定の取消しを決定したときは、支給決定取消通知書(第13号様式)により当該申請者に通知するものとする。

(特例介護給付費等の支給申請等)

第9条 法第30条に規定する特例介護給付費及び特例訓練等給付費(以下「特例介護給付費等」という。)の支給申請、法第35条に規定する特例特定障害者特別給付費の支給申請並びに法第51条の15に規定する特例地域相談支援給付費の支給申請は、特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費支給申請書(第14号様式)により行うものとする。

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、特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費支給(不支給)決定通知書(第15号様式)により当該申請者に通知するものとする。

(障害福祉サービス受給者証等)

第12条 市長は、支給決定障害者に対

し、法第22条第8項に規定する障害福祉サービス受給者証（第15号様式。以下「受給者証」という。）及び法第51条の7第8項に規定する地域相談支援受給者証（第16号様式。以下「相談受給者証」という。）を交付するものとする。

- 2 前項の受給者証及び相談受給者証の再交付に係る申請は、受給者証再交付申請書（第17号様式）により行うものとする。

（サービス等利用計画案の提出依頼）

第13条 法第51条の7第4項に規定するサービス等利用計画案の提出依頼は、サービス等利用計画案提出依頼書（第18号様式）により行うものとする。

（計画相談支援給付費の支給申請等）

第15条 法第51条の17に規定する計画相談支援給付費の支給申請及び第13条に規定するサービス等利用計画案を作成する事業所変更に係る届出は、計画相談支援給付費支給申請書兼計画相談支援依頼（変更）届出書（第19号様式）により行うものとする。

- 2 市長は、前項の申請について支給の可否を決定したときは、計画相談支援給付費支給決定（却下）通知書（第20号様式）により当該申請者に通知するものとする。

し、法第22条第8項に規定する障害福祉サービス受給者証（第16号様式。以下「受給者証」という。）及び法第51条の7第8項に規定する地域相談支援受給者証（第17号様式。以下「相談受給者証」という。）を交付するものとする。

- 2 前項の受給者証及び相談受給者証の再交付に係る申請は、受給者証再交付申請書（第18号様式）により行うものとする。

（サービス等利用計画案の提出依頼）

第13条 法第51条の7第4項に規定するサービス等利用計画案の提出依頼は、サービス等利用計画案提出依頼書（第19号様式）により行うものとする。

（計画相談支援給付費の支給申請等）

第15条 法第51条の17に規定する計画相談支援給付費の支給申請は、計画相談支援給付費支給申請書（第20号様式）及び計画相談支援依頼（変更）届出書により行うものとする。

- 2 市長は、前項の申請について支給の可否を決定したときは、計画相談支援給付費支給決定（却下）通知書（第21号様式）により当該申請者に通知するものとする。

3 市長は、前項の支給決定の取消しを決定したときは、計画相談支援給付費支給取消通知書（第21号様式）により当該申請者に通知するものとする。

4 第2項に規定する計画相談支援給付費の支給に係るモニタリング（サービス等の利用状況の検証を行い、計画の見直しを行うことをいう。）期間の変更は、モニタリング期間変更通知書（第22号様式）により行うものとする。

（特例計画相談支援給付費の支給申請等）

第16条 法第51条の18第1項に規定する特例計画相談支援給付費の支給申請は、特例計画相談支援給付費支給申請書（第23号様式）により行うものとする。

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、特例計画相談支援給付費支給（不支給）決定通知書（第24号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（指定特定相談支援事業者の指定等）

第18条 法第51条の20に規定する指定特定相談支援事業者の指定申請及

3 市長は、前項の支給決定の取消しを決定したときは、計画相談支援給付費支給取消通知書（第22号様式）により当該申請者に通知するものとする。

4 第2項に規定する計画相談支援給付費の支給に係るモニタリング（サービス等の利用状況の検証を行い、計画の見直しを行うことをいう。）期間の変更は、モニタリング期間変更通知書（第23号様式）により行うものとする。

5 第13条に規定するサービス等利用計画案を作成する事業所変更に係る届出は、計画相談支援依頼（変更）届出書（第24号様式）により行うものとする。

（特例計画相談支援給付費の支給申請等）

第16条 法第51条の18第1項に規定する特例計画相談支援給付費の支給申請は、特例計画相談支援給付費支給申請書（第25号様式）により行うものとする。

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、特例計画相談支援給付費支給（不支給）決定通知書（第26号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（指定特定相談支援事業者の指定等）

第18条 法第51条の20に規定する指定特定相談支援事業者の指定申請及

び法第51条の21第1項の規定による指定の更新申請は、指定特定相談支援事業者指定（更新）申請書（第25号様式）により行うものとする。

2 市長は、厚生労働大臣が定める指定基準（以下「指定基準」という。）に基づき審査を行い、前項の申請については、指定及び指定の更新を決定したときは、指定特定相談支援事業者指定（更新）通知書（第26号様式）により当該申請者に通知するものとする。

3 市長は、指定基準に基づき審査を行い、第1項の申請について指定及び指定の更新の却下を決定したときは、指定特定相談支援事業者指定（更新）却下通知書（第27号様式）により当該申請者に通知するものとする。

4 （略）

（指定特定相談支援事業者指定変更の届出等）

第19条 法第51条の25第3項に規定する変更の届出は、指定特定相談支援事業者に係る変更届出書（第28号様式）により行うものとする。

2 法第51条の25第3項及び第4項に規定する再開、廃止又は休止の届出は、指定特定相談支援事業者に係る再開・廃止・休止届出書（第29号様式）により行うものとする。

（自立支援医療費の支給認定申請等）

び法第51条の21第1項の規定による指定の更新申請は、指定特定相談支援事業者指定（更新）申請書（第27号様式）により行うものとする。

2 市長は、厚生労働大臣が定める指定基準（以下「指定基準」という。）に基づき審査を行い、前項の申請については、指定及び指定の更新を決定したときは、指定特定相談支援事業者指定（更新）通知書（第28号様式）により当該申請者に通知するものとする。

3 市長は、指定基準に基づき審査を行い、第1項の申請について指定及び指定の更新の却下を決定したときは、指定特定相談支援事業者指定（更新）却下通知書（第29号様式）により当該申請者に通知するものとする。

4 （略）

（指定特定相談支援事業者指定変更の届出等）

第19条 法第51条の25第3項に規定する変更の届出は、指定特定相談支援事業者に係る変更届出書（第30号様式）により行うものとする。

2 法第51条の25第3項及び第4項に規定する再開、廃止又は休止の届出は、指定特定相談支援事業者に係る再開・廃止・休止届出書（第31号様式）により行うものとする。

（自立支援医療費の支給認定申請等）

第21条 法第53条第1項に規定する自立支援医療費（更生医療及び育成医療に係るものに限る。）の支給認定の申請は、自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（第30号様式）により行うものとする。

2 市長は、法第54条第1項の規定により自立支援医療費（更生医療及び育成医療に係るものに限る。）の支給を認定したときは、自立支援医療費（更生医療・育成医療）決定通知書（第31号様式）により当該申請者に通知し、法第54条第3項に規定する自立支援医療受給者証（更生医療）（第32号様式）及び自立支援医療受給者証（育成医療）（第33号様式）を交付するものとする。

3 （略）

（自立支援医療費の却下決定の通知）

第22条 市長は、自立支援医療費（更生医療及び育成医療に係るものに限る。）の申請について支給認定を行わないことを決定したときは、自立支援医療（更生医療・育成医療）却下通知書（第34号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（自立支援医療受給者証等記載事項の変更）

第23条 法第56条第1項の規定により、自立支援医療受給者証（更生医療）、

第21条 法第53条第1項に規定する自立支援医療費（更生医療及び育成医療に係るものに限る。）の支給認定の申請は、自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書（第32号様式）により行うものとする。

2 市長は、法第54条第1項の規定により自立支援医療費（更生医療及び育成医療に係るものに限る。）の支給を認定したときは、自立支援医療費（更生医療・育成医療）決定通知書（第33号様式）により当該申請者に通知し、法第54条第3項に規定する自立支援医療受給者証（更生医療）（第34号様式）及び自立支援医療受給者証（育成医療）（第35号様式）を交付するものとする。

3 （略）

（自立支援医療費の却下決定の通知）

第22条 市長は、自立支援医療費（更生医療及び育成医療に係るものに限る。）の申請について支給認定を行わないことを決定したときは、自立支援医療（更生医療・育成医療）却下通知書（第36号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（自立支援医療受給者証等記載事項の変更）

第23条 法第56条第1項の規定により、自立支援医療受給者証（更生医療）、

自立支援医療受給者証（育成医療）及び自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書に記載された事項の変更に係る申請は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療・育成医療）（第35号様式）により行うものとする。

（療養介護医療受給者証）

第24条 市長は、法第70条に規定する療養介護医療費を支給するにあたっては、療養介護に係る介護給付費支給決定を受けた障害者に対し、療養介護医療受給者証（第36号様式）を交付するものとする。

2 （略）

（基準該当療養介護医療受給者証）

第25条 市長は、法第71条に規定する基準該当療養介護医療費を支給するにあたっては、療養介護に係る特例介護給付費支給決定を受けた障害者に対し、基準該当療養介護医療受給者証（第37号様式）を交付するものとする。

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・借受け・修理）支給申請書（第38号様式）により申請しなければな

自立支援医療受給者証（育成医療）及び自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請書に記載された事項の変更に係る申請は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療・育成医療）（第37号様式）により行うものとする。

（療養介護医療受給者証）

第24条 市長は、法第70条に規定する療養介護医療費を支給するにあたっては、療養介護に係る介護給付費支給決定を受けた障害者に対し、療養介護医療受給者証（第38号様式）を交付するものとする。

2 （略）

（基準該当療養介護医療受給者証）

第25条 市長は、法第71条に規定する基準該当療養介護医療費を支給するにあたっては、療養介護に係る特例介護給付費支給決定を受けた障害者に対し、基準該当療養介護医療受給者証（第39号様式）を交付するものとする。

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・借受け・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・借受け・修理）支給申請書に補装具費支給意見書（第39号様式）を添えて提出しなければならない。

3 市長は、前項の申請書を受理したときは、補装具費支給調査書（第40号様式）を作成するものとする。

4 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、かつ申請者が身体障害者であるときは、福祉事務所長は、身体障害者更生相談所に対し、補装具費支給の要否について、補装具費支給判定依頼書（第41号様式）により判定を依頼するとともに、必要に応じ補装具費支給判定通知書（第42号様式）により当該申請者に通知するものとする。

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43号様式）により助言を求めることができるものとする。

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・借受け・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 市長は、前項の申請書を受理したときは、補装具費支給調査書（第42号様式）を作成するものとする。

4 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、かつ申請者が身体障害者であるときは、福祉事務所長は、身体障害者更生相談所に対し、補装具費支給の要否について、補装具費支給判定依頼書（第43号様式）により判定を依頼するとともに、必要に応じ補装具費支給判定通知書（第44号様式）により当該申請者に通知するものとする。

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 市長は、第1項の申請に基づいて補装具費の支給を決定したときは、当該申請者に対し、補装具費支給決定通知書（第44号様式）及び補装具費支給券（第45号様式）を交付するものとする。

7 市長は、第1項の申請を却下する決定をしたときは、補装具費支給却下決定通知書（第46号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

8 市長は、補装具費の支給にあたり、補装具費支給申請決定簿（第47号様式）を作成するとともに、必要事項を記入するものとする。

（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、特例補装具費支給判定（助言）依頼書（第48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

6 市長は、第1項の申請に基づいて補装具費の支給を決定したときは、当該申請者に対し、補装具費支給決定通知書（第46号様式）及び補装具費支給券（第47号様式）を交付するものとする。

7 市長は、第1項の申請を却下する決定をしたときは、補装具費支給却下決定通知書（第48号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

8 市長は、補装具費の支給にあたり、補装具費支給申請決定簿（第49号様式）を作成するとともに、必要事項を記入するものとする。

（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、特例補装具費支給判定（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。

(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49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50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52号様式）

（申請内容変更の届出）

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。

(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53号様式)により行
うものとする。

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
うものとする。

第1号様式から第53号様式までを次のように改める。

第1号様式（表面）

障害支援区分認定に係る調査員証		No.
<p>下記の者は、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第3条の規定に基づく障害支援区分認定調査員であることを証します。</p>		
氏 名		
<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 100px; margin: 0 auto; display: flex; align-items: center; justify-content: center;">(写真貼付)</div>	年 月 日	
	四日市市長	印

第1号様式（裏面）

- 1 本証は、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20条第2項による調査を行う場合、必ず携帯し、関係人の請求があったときは、これを提示しなければならない。
- 2 本証は、他人に貸与し、又は譲渡してはならない。
- 3 この調査により知り得た秘密は漏らしてはならない。

様

障害支援区分認定通知書

四日市市長

印

あなたが行った支給申請について、下記のとおり障害支援区分を認定しましたので、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10条第3項の規定により通知します。

記

申請年月日	
申請者氏名	
障害支援区分	
二次判定年月日	
認定の有効期間	
認定の理由	
(留意事項) 1 上記の障害支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。 3 認定結果等について、不明な点があればご連絡ください。	

(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。)

障害支援区分変更認定通知書

第 号
年 月 日

様

四日市市長 印

年 月 日付けの（支給申請 支給決定の変更申請）に基づき（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21条 第24条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行いましたので通知します。

記

受給者証番号		支給決定障害者氏名	
認定年月日			

障害支援区分	変更前	①区分（ ） ②非該当
	変更後	①区分（ ） ②非該当
	理由	
障害支援区分の認定の有効期間		
<p>(留意事項)</p> <p>1 変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定の(変更)を行います。</p> <p>2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をすることがあります。</p> <p>3 認定結果等について、不明な点があればご連絡ください。</p>		

(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。)

障害支援区分認定証明書														
障害 支援 区分 認定 者	申請番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>												
	フリガナ													
	氏名													
	生年月日	年 月 日 生												
	住所													
	転出予定先 (市区町村名まで)													
異動予定日	年 月 日													
<p>上記の者は、次のとおり本市にお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に基づく障害支援区分の認定を受けている者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">四日市市長 印</p>														
		申請年月日	年 月 日											
障害支援区分		認定年月日	年 月 日											
認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで有効													
市町村審査会 の意見等														
備 考														

※裏面に注意事項を記入。

第5号様式（裏面）

注意事項

- 1 この障害支援区分認定証明書は、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の障害支援区分認定について、転出先の市町村で、あらためて認定調査等を受けることなく障害支援区分認定を受けることが可能になるように四日市市が交付したもので、障害支援区分認定結果等を通知するものではありません。したがって、この証で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に基づく障害福祉サービスの支給を受けることはできません。
- 2 住所を異動した際は、直ちに転入先の市(町村)の窓口で転入の届け出をし、必ずこの証明書を提出して障害福祉サービスの利用の申請をしてください。
転入先の市町村で改めて支給決定を受けるまでは原則として転入後に利用した障害福祉サービスの給付は受けられません。緊急に利用が必要な場合は転入先市町村にご相談ください。
- 3 住所を異動した先の市(町村)が、新たに障害福祉サービスにかかる給付の実施主体となります。
- 4 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、異動予定日が過ぎてから住所を異動するまでに利用した障害福祉サービスの給付が一部受けられなくなることがありますので、予定が変わった場合は（転出前の市町村に）ご相談ください。

(第6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					
	居住地	〒	電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		続柄			
	氏名		生年月日	年	月	日
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		難病等 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。

サービスの状況利用	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	有効期間	
		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		申請に係る具体的内容
	介護給付費	訓練等給付費	
<input type="checkbox"/>	居宅介護	<input type="checkbox"/>	就労定着支援
<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"/>	自立訓練(機能訓練)
<input type="checkbox"/>	行動援護	<input type="checkbox"/>	自立訓練(生活訓練)
<input type="checkbox"/>	短期入所	<input type="checkbox"/>	宿泊型自立訓練
<input type="checkbox"/>	重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/>	就労移行支援
<input type="checkbox"/>	療養介護	<input type="checkbox"/>	就労移行支援(養成施設)
<input type="checkbox"/>	生活介護	<input type="checkbox"/>	就労継続支援A型
<input type="checkbox"/>	施設入所支援	<input type="checkbox"/>	就労継続支援B型
<input type="checkbox"/>	地域移行支援	<input type="checkbox"/>	共同生活援助(グループホーム)※
<input type="checkbox"/>	地域定着支援		

※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。

私は、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(平成17年法律第123号)の支給認定申請にあたり、私及び世帯を同一にする世帯員の所得、課税、健康保険上の自己負担限度額及び食事代標準負担額並びに生活保護受給の状況を市が調査することについて同意します。

また、サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、四日市市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、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者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		

(※) 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7号様式

世帯状況・収入申告書

四日市市長

申告年月日 年 月 日

申告者（保護者）住所
（保護者）氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏名	生年月日	本人との関係	個人番号	市町村民税の状況
申請者					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

（以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		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	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

（記入上の注意）

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

（障害福祉課）

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

却下決定通知書

第 年 月 日 号

様

四日市市長 印

年 月 日に申請のありました（（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	

（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10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					
	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		続柄			
	氏名		生年月日	年	月	日
	個人番号					
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		難病等 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。

サービスの状況利用	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	有効期間	
		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		申請に係る具体的内容	
	介護給付費	訓練等給付費		
<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"/>	自立訓練(機能訓練)	
<input type="checkbox"/>	行動援護	<input type="checkbox"/>	自立訓練(生活訓練)	
<input type="checkbox"/>	短期入所	<input type="checkbox"/>	宿泊型自立訓練	
<input type="checkbox"/>	重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/>	就労移行支援	
<input type="checkbox"/>	療養介護	<input type="checkbox"/>	就労移行支援(養成施設)	
<input type="checkbox"/>	生活介護	<input type="checkbox"/>	就労継続支援A型	
<input type="checkbox"/>	施設入所支援	<input type="checkbox"/>	就労継続支援B型	
<input type="checkbox"/>	地域移行支援	<input type="checkbox"/>	共同生活援助(グループホーム)※	
<input type="checkbox"/>	地域定着支援			

私は、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(平成17年法律第123号)の支給認定申請にあたり、私及び世帯を同一にする世帯員の所得、課税、健康保険上の自己負担限度額及び食事代標準負担額並びに生活保護受給の状況を市が調査することについて同意します。

また、サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、四日市市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、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者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		

(※) 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		

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。）

支給決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

四日市市長 印

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 2 5 条第 1 項及び第 5 1 条の 1 0 第 1 項の規定により、下記のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

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	
支給決定取消日			
支給決定障害者 (保護者) 氏名			
支給決定に係る 児童 氏 名			
取 消 理 由			

受給者証を四日市市 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

住所

電話番号

返還期限

(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。)

特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費支給申請書

【 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（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）の支給を申請します。

フリガナ			障害福祉サービス受給者証番号			
申請者氏名						
			地域相談支援受給者証番号			
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
支給決定に係る 児童氏名						
特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費請求額						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 氏 名			申請者 との関係
住 所	〒		
	電話番号		

上記に関する（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）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

特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費支給
(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(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)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第30条 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35条 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51条の15)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

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	
--------------------	--	------------------	--

申請者氏名

児童氏名

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域 相談支援給付費) 申請額		円	
支給(給付)決定の内容			
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

(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15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			サービス種別			
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		支給量等			
	フリガナ		サービス種別			支給決定期間			
	氏名		支給量等			サービス種別			
	生年月日	年 月 日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		支給量等			
	フリガナ		サービス種別			支給決定期間			
児童	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					
			サービス種別						
			支給量等						
			支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで					
			予備欄						

第15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 日まで	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 日まで	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 日まで		
予備欄		予備欄			

第15号様式 (その3)

訪問系サービス事業者記入欄					訪問系サービス事業者記入欄					短期入所事業者実績記入欄				
番号 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													
	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 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													
	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 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													
	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 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													
	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 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													
	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 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													
	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	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							
			年 月 日から	年 月 日まで										
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15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				療養介護・共同生活援助・ 施設入所支援事業者記入欄				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	サービス内容	事業者確認印	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	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	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	1	事業者及びその 事業所の名称	入所(居)日	事業者 確認印	1	事業者及びその 事業所の名称	契約日	事業者 確認印	
	契約支給量(〃月)	日	年 月 日			年 月 日				サービス提供終了日		年 月 日
	契約日	年 月 日	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量			年 月 日				サービス提供終了日		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			年 月 日				事業者確認印		
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	2	事業者及びその 事業所の名称	入所(居)日	事業者 確認印	2	事業者及びその 事業所の名称	契約日	事業者 確認印	
	契約支給量(〃月)	日	年 月 日			年 月 日				サービス提供終了日		年 月 日
	契約日	年 月 日	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量			年 月 日				サービス提供終了日		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			年 月 日				事業者確認印		
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	3	事業者及びその 事業所の名称	入所(居)日	事業者 確認印	3	事業者及びその 事業所の名称	契約日	事業者 確認印	
	契約支給量(〃月)	日	年 月 日			年 月 日				サービス提供終了日		年 月 日
	契約日	年 月 日	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量			年 月 日				サービス提供終了日		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			年 月 日				事業者確認印		
予備欄				予備欄				予備欄				

第15号様式 (その5)

注意事項欄	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。</p> <p>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。</p> <p>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しん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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<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。)</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

第16号様式(その1)

地域相談支援受給者証					
受給者証番号					
地域相談支援給付決定障害者	居住地				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年 月 日			
障害種別	1	2	3	4	5
交付年月日	年 月 日				
支給市町村名及び印					

地域相談支援給付費の給付決定内容	
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
地域相談支援の種類	
地域相談支援給付量等	
地域相談支援給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

一般相談支援事業者記載欄			
提供する地域相談支援の種類	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日	事業者 確認印
		契約日 年 月 日 サービス提供終了日 年 月 日	
		契約日 年 月 日 サービス提供終了日 年 月 日	
予備欄			

第16号様式(その2)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月から 年 月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

- 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 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
- 3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付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、給付の再申請をしてください。
- 4 この証の一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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 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。
- 8 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。
- 9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。

第17号様式

受給者証再交付申請書

四日市市長

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1 障害福祉サービス受給者証 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証 4 基準該当療養介護医療受給者証 5 自立支援医療受給者証（更生医療）	受給者証番号	
---------	--	--------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定障害者（保護者）氏名	個人番号: <input type="text"/>		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号: <input type="text"/>	生年月日	年 月 日

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		本人との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

申請の理由	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 1 汚損 2 紛失 3 その他 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 具体的な状況 </div>
-------	---

※ 従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）

第18号様式

サービス等利用計画案提出依頼書

第 年 月 日

様

四日市市長

印

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22条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案の提出を求めます。

提出にあたっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

○計画相談支援給付費支給申請書兼計画相談支援依頼（変更）届出書

以下のすべてを満たすときは、提出不要です。

- ・既に計画相談支援給付費の支給を受けているとき。
- ・計画相談支援給付費の支給の期間内であるとき。
- ・計画相談支援を担当する事業者変更がないとき。

提出先 障害福祉課

提出期限 年 月 日

計画相談支援給付費支給申請書
兼 計画相談支援依頼（変更）届出書

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	〒		
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:		
		〒		

計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所（新規・継続・変更）

*利用開始年月日（新規、変更のみ） 年 月 日

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を変更する理由（変更の場合に記載）	

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		

計画相談支援給付費支給決定（却下）通知書

第 年 月 日 号

様

四日市市長

印

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51条の17第1項の規定に基づき、計画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

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	
申請者氏名		申請に係る 児童氏名	
支給の可否	可 ・ 否		
支給する	支給期間	年 月 ～ 年 月	
	モニタリング 期間		
支給しない	支給しない 理由		

(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、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。)
- 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。)

第21号様式

計画相談支援給付費支給取消通知書

第 年 月 日 号

様

四日市市長

印

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51条の17第1項の規定に基づき、計画相談支援給付費の支給について、下記のとおり取消したので通知します。

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	
支給取消に係る 障害者（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			
障害福祉サービス 受給者証又は地域 相談支援受給者証 提出先及び提出期 限	提出先： 提出期限： 年 月		

(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、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。）
- 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。）

モニタリング期間変更通知書

第 号
年 月 日

様

四日市市長 印

継続サービス利用支援について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

記

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	
変更に係る障害者 (保護者)		変更に係る 児童氏名	
変更後の モニタリング期間			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証の提出期 限及び提出先	提出先： 提出期限： 年 月		

特例計画相談支援給付費支給申請書

【 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計画相談支援給付費の支給を申請します。

フリガナ					障害福祉サービス受給者証番号	
申請者氏名						
					地域相談支援受給者証番号	
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
支給決定に係る 児童氏名						
特例計画相談支援給付費請求額					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
氏 名			との関係
住 所	〒		
	電話番号		

上記に関する特例計画相談支援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				
	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

障害福祉課

特例計画相談支援給付費支給（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特例計画相談支援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第 5 1 条の 1 8 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

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	
申請者氏名		児童氏名	

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例計画相談支援給付費申請額	円		
支給（給付）決定の内容			
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

（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、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。）
- 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。）

受付番号

指定特定相談支援事業者指定（更新）申請書

年 月 日

四日市市長

申請者 所在地
 (設置者) 名称
 代表者

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に規定する指定特定相談支援事業者に係る指定（更新）を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者（設置者）	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —)			
	法人である場合その種別		法人所轄庁			
	連絡先	電話番号	FAX番号			
	代表者の職・氏名		職名	フリガナ	氏名	
	代表者の住所		(郵便番号 —)			
指定（更新）する事業の種類	フリガナ					
	名称					
	事業所の所在地		(郵便番号 —)			
	事業の種類	実施事業	指定（更新）申請をする事業の事業開始予定年月日	様式	備考	
	特定相談支援事業			付表		
既に特定相談支援事業の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号						指定年月日
既に地域相談支援事業（地域移行支援）の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号						指定年月日
既に地域相談支援事業（地域定着支援）の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号						指定年月日
介護保険法の居宅介護支援事業の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号						指定年月日
介護保険法の介護予防支援事業の指定を受けている場合は記載してください。						
事業所番号						指定年月日

(備考)

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「実施事業」欄には、今回申請（更新）をする相談支援事業の種類に「○」を記載してください。
- 4 「指定（更新）申請をする事業の事業開始予定年月日」欄には、更新申請の場合、更新予定年月日を記載してください。

第 号
年 月 日

様

四日市市長 印

指定特定相談支援事業者指定（更新）通知書

年 月 日付けで申請のあった指定特定相談支援事業者の指定（更新）については、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 5 1 条の 2 0 第 1 項（更新の場合においては、同法第 5 1 条の 2 1 第 1 項）に基づき、下記のとおり決定したので通知します。

記

指定（更新）を決定します。

事業者名

事業所名

所在地

事業所番号

指定年月日

有効期間

種類

第 号
年 月 日

様

四日市市長 印

指定特定相談支援事業者指定（更新）却下通知書

年 月 日付けで申請のあった指定特定相談支援事業者の指定（更新）については、下記のとおり却下したので通知します。

記

指定（更新）を却下する。

却下理由

（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、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。）
- 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。）

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

事業者 住所
(所在地)

氏名
(名称及び代表者氏名)

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									
		(変更前)					(変更後)				
1	事業所(施設)の名称										
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。

第29号様式

指定特定相談支援事業者に係る再開・廃止・休止届出書

年 月 日

四日市市長

事業者 住所
(所在地)

氏名
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	事業所番号									
廃止（休止・再開）する事業所	名称									
	所在地									
廃止・休止・再開した年月日					年 月 日					
廃止・休止した理由										
現に指定計画相談支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)										
休止予定期間					年 月 日～ 年 月 日					

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
 2 再開の日から10日以内に届け出てください。
 3 廃止・休止の日の1月前までに届け出てください。

障害福祉課

第30号様式

自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）										
障害者 (児)	フリガナ							年齢	歳	生年月日
	受診者氏名									年
	フリガナ							電話番号		
	受診者住所									
	個人番号									
受診者が18歳未満の場合	フリガナ							受診者との関係		
	保護者氏名									
	フリガナ							電話番号		
	保護者住所	※受診者本人と異なる場合記入してください。							※受診者本人と異なる場合記入してください。	
	保護者個人番号									
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号							保険者名		
	受診者と同一保険の加入者									
	受診者と同一保険の加入者個人番号									
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続	該当 ・ 非該当	
	身体障害者手帳番号									
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名						所在地・電話番号			
	受給者番号									
	治療方針の変更	有 ・ 無			診断書の添付		有 ・ 無			
<p>四日市市長</p> <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名</p> <p style="text-align: right;">※署名又は記名押印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p>										

第 号
年 月 日

様

四日市市長 印

自立支援医療費（更生医療・育成医療）決定通知書

年 月 日付で申請のありました自立支援医療費（更生医療・育成医療）について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受診者			
受診者が児童の場合	保護者		
受給者番号		円	
有効期間		から	
医療の方針又は病名			
医療機関			
所得区分		自己負担上限額	

- ・医療機関受診の際には、同封の自立支援医療受給者証（更生医療・育成医療）と自己負担上限額管理票を必ず提示してください。
- ・受給者証の記載内容に変更があった場合、届出をしてください。
- ・有効期限の3か月前から再認定の申請が出来ます。有効期間終了月前に申請手続きをしてください。

（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、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。）
- 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。）

第 3 2 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				生年月日
	氏 名				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 1 8 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 3 3 号様式（表面）

自立支援医療受給者証（育成医療）			
公費負担者番号			重度かつ継続
受給者番号			
受給者本人	住所		
	フリガナ氏名		
	生年月日		
	被保険者証の記号及び番号		
	保険者名		
保護者	住所		
	フリガナ氏名	続柄	
有効期間			
自己負担上限額		階層	
<p>上記の通り認定します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">四日市市長</p>			

*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療証を医療機関窓口へ提出してください。

第 3 3 号様式（裏面）

公費負担の対象 となる障害		
医療の具体的方針		
指 定 医 療 機 関		
特定疾病療養受療証		

第 号
年 月 日

様

四日市市長

印

自立支援医療（更生医療・育成医療）却下通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律第53条第1項の規定による自立支援医療の申請は、次により認定されませんでしたので通知します。

理由

- 1 所得基準を上回る所得であるため
- 2 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
- 3 その他（ ）

（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、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。）
- 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。）

第 3 5 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		生年月日
	氏 名		年 月 日
	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 style="text-align: center;">届出者氏名 ※署名又は記名押印</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。

療養介護医療受給者証

公費負担者番号						
公費受給者番号						
支給決定障害者	フリガナ					
	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	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）	月額	円			
	食事療養（生活療養）	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してください。
- 2 療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 3 療養介護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。（※医療型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。）
- 4 療養介護医療の負担上限月額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。
- 5 療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費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、療養介護に係る介護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 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。

基準該当療養介護医療受給者証

公費負担者番号						
公費受給者番号						
支給決定障害者	フリガナ					
	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	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）	月額	円			
	食事療養（生活療養）	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ってください。
- 2 基準該当療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、基準該当事業所等に提示してください。
- 3 基準該当療養介護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。（※医療型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。）
- 4 基準該当療養介護医療の負担上限月額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。
- 5 基準該当療養介護に係る特例介護給付費の支給決定期間を経過したときは、基準該当療養介護医療費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、特例療養介護に係る介護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 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。

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

四日市市長					年 月 日				
(申請者)									
住 所									
氏 名									
個人番号									
対象者との続柄									
電 話 ー									
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		ー		
身体障害者手帳		手帳番号	第 号		交付年月日		年 月 日		
		障害名					障害等級		
疾患名									
購入・借受け・修理 を受ける補装具名									
希望する 補装具 業者	名 称								
	所在地								
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 <div style="text-align: center; margin-bottom: 20px;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center;"> 病院又は診療所名 所 在 地 診療担当科名 作成医師氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> ※署名または記名押印 </div>	

補装具費支給調査書

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	年齢			
世帯員の状況	氏 名	続柄	課税区分	市民税所得割	備 考	
	非課税世帯					
		氏 名	続柄	備 考		
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			
<p>上記のとおり確認しました。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">調査者</p>						

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42号様式

第 号
年 月 日

補装具費支給判定通知書

四日市市社会福祉事務所長

様

先に申請のありました については、
専門的判定の必要がありますので、 年 月 日に三重県障害者相談支援センター（更生相談所）において判定を行うことになりました。
なお、当日は本通知をお持ちください。

記

1 身体障害者手帳番号

2 判定依頼事項

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	
児童	住 所				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日	
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				
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
円		(借受けの場合)	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45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			
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	※署名または記名押印
受領	受領 年月日	年 月 日	受領 確認	※署名または記名押印 本人と の関係

補装具費の受領の権限を下記の事業者委任します。

委任者	※署名または記名押印
受任者	

第45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			
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	
受任者	※署名または記名押印

第45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			
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				
返却確認	返却日	年 月 日	業者名	
			申請者 氏名	※署名または記名押印

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	※署名または記名押印
受任者	

補装具費支給却下決定通知書

第 年 月 日 号

様

四日市市長 印

年 月 日に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、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	

(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、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。)
- 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。)

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										
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額										年 月分										
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									

第50号様式

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

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53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		生年 月日	年 月 日
支給決定障害 者(保護者)氏名			
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

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		本人と の関係	
氏 名			
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。

第53号様式の次の2様式を削る。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和5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（以下「旧規則」という。）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（以下「新規則」という。）の相当規定によりなされたものとみなす。
- 3 新規則の施行の際、旧規則に規定する様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

(健康福祉部障害福祉課)