松江市福祉医療費助成条例施行規則及び松江市子ども医療費助成条例施行規 則の一部を改正する規則ほか 2 規則をここに公布する。

令和7年9月30日

松江市長上是明仁

松江市規則第60号

松江市福祉医療費助成条例施行規則及び松江市子ども医療費助成条例施 行規則の一部を改正する規則

松江市規則第61号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

松江市規則第62号

松江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 松江市福祉医療費助成条例施行規則及び松江市子ども医療費助成条例施行規則の一部を 改正する規則

(松江市福祉医療費助成条例施行規則の一部改正)

第1条 松江市福祉医療費助成条例施行規則 (平成17年松江市規則第76号) の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に 掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正後	改正前				
様式第2号(第3条関係) 別紙のとおり	様式第2号(第3条関係) 別紙のとおり				
様式第3号(第3条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第3号(第3条関係) 別紙のとおり				
様式第4号(第3条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第4号(第3条関係) 別紙のとおり				
様式第5号(第3条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第5号(第3条関係) 別紙のとおり				
様式第6号の2(第4条関係) 別紙のとおり	様式第6号の2(第4条関係) 別紙のとおり				
様式第 11 号(第 8 条関係) 別紙のとおり	様式第 11 号(第 8 条関係) <u>別紙のとおり</u>				
様式第 16 号(第 3 条関係) 別紙のとおり	様式第 16 号(第 3 条関係) 別紙のとおり				

受付日	年	月	月	
決定日	年	月	日	
資格取得日	年	月	目	

_			_	
$\stackrel{\sim}{\longrightarrow}$	*	者	悉	분

福祉医療費医療証(資格証)交付•変更申請書

(あて先)松江市長

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(電話)

下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の(交付・変更)を申請します。あわせて福祉医療費助成の審査のため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。

フリガナ 個人番号 氏 名 受 住 所 生年月日 給 手帳種別 手帳番号 뭉 障害等級 種 級 者 障害の状況 手帳種別 号 手帳番号 障害等級 受給者と 氏名 生 年 月 日 個人番号 備考 の続柄 世 帯 \mathcal{O} 状 況 加 被保険者名 受給者との続柄 住 所 入 医 保険種別 記号•番号 療 保 附加給付 支給基準 申請事由発生 申請事由 年 月 日

所得税で非課税対象である公的年金等については、次のとおりです。

種 類	所得税で非課税となる公的年金等の名称	年間支給金額
遺族年金		円
障害に関わる年金		円

(その2)

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	目

	党 紿 者 ネ	番 号 						申 請	事 田				
	福	祉医療	費医療	禁証 (資格記	() 交付	∱・ ፮	変更申	請書(で	ひと	り親用))	
	(あて先	.)松江市	ī長							年	月	日	
						申請者	全	所					
	氏名												
	下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の(交付・変更)を申請します。あわせて福祉医療費助成の家本のなり、私みび世界の開発した問題し、歴界な行為こした承諾します。												
の番	の審査のため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。												
	フリガナ												
受	氏 名								生年月	日			
給	個人番号						区分		電話番	:号			
者	住 所		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>i</u> I		l					
		氏	名			生生	手 月	月	受 給 者	ひと	り親医療の該	備考	
			個	人	番号	÷			との続柄	当非	該当の別区分	/佣 45	
									-				
世	i i	i	<u>i i</u>	i	i	i i	i	i					
帯		i		İ					-				
0)		ļ	<u> </u>	<u> </u>			<u> </u>						
状	ı	<u> </u>	1 1		ı	1							
況							İ						
加入	被保険	者名		·	·	受 給 者		·	住所				
医 療	保 険 種	1 別					記	1. 号 •	番号				
保 険	附加約	合 付					支	給	基準				
備考		,					•						

受付日	年	月	月	
決定日	年	月	日	
資格取得日	年	月	月	

	۸.۸.	4~	777	\Box
	**	右	悉	౼

福祉医療費医療証(資格証)交付•変更申請書

(あて先)松江市長

年 月 日

申請者 住 所

氏 名

(電話

下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の(交付・変更)を申請します。あわせて福祉医療費助成の審査のため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。

フリガナ 性別 個人番号 氏 名 受 住 所 生年月日 給 手帳種別 手帳番号 第 뭉 障害等級 種 級 者 障害の状況 手帳種別 号 手帳番号 障害等級 受給者と 備考 氏名 生 年 月 日 個人番号 別 の続柄 世 帯 \mathcal{O} 状 況 加 被保険者名 受給者との続柄 住 所 入 医 保険種別 記号•番号 療 保 附加給付 支給基準 申請事由発生 申請事由 年 月 日

所得税で非課税対象である公的年金等については、次のとおりです。

種類	所得税で非課税となる公的年金等の名称	年間支給金額
遺族年金		円
障害に関わる年金		円

(その2)

受付日	年	月	
決定日	年	月	П
資格取得日	年	月	日

	受 糸	<u></u> 수 경	<u>z</u> -	番 5	<u></u>									F	<u> </u>	請	事 由						
						#.15	→	≓∸	CVITA	*	; '\		╧┸┢					()].)O 4	н ш /			
							三/月	温	()	竹品	ilt.)	ン	公 17	• 劣	义	甲i	請書(で		り雨)		
	(;	あて	. 先)松;	江市	長												年		月	日		
												申	請者	住	折								
														氏	名								
																	を申請しま			せて福	祉医療	費助	成
の番	査の	たと	5.	私及	をびせ	世帯3	全員	の調	果税 台	が帳る	と関	覧	し、A 記	隺認	を行	う	ことを承記	若しま	す。				
	フリ	リガ	ナ																				
受	氏		名										性別	训			生年月	日					
給	個人	(番-	号										区分	分			電話番	:号					
者	住	戸	ŕ	1		1 1		i		l	<u>i</u>	<u>i </u>											
				氏	名				性	別		生	年	月	月		受給者	ひと	り親医療	寮の該	備	考	
						個		人	番		号						との続柄	当非	該当の別	引区分	VH	~7	
世																							
帯																							
の 状																							
況																							
						•								•	•								
																	=						
			•																				
			I																				
加入	被	保 [)	者 名		i	i_	i		1	5	受 糸	合 者 続 柄				住所	<u>I</u>			I		
医療	保	険	租	1 另	ı]						ı			記	号	•	番号						
保険	附	加	糸	计	+									支	給	ì	基準						
備考	<u> </u>													<u> </u>									

様式第3号(第3条関係)

福祉医療費助成認定判定依頼書(知的障害者(児)用)

ふり: 氏	が な 名				生年月	日	年	月	Ħ		
保護:	者名				本人との柄	続					
住	所		市		町		番地				
備考											
1	身体障	章害者手帳	有	番号()					
				発行年月	目(年	月	E	1)			
				等級()級						
				障害名()			
2	精神	章害者保健福	富祉手帳	有	番号()				
					発行年月日(年	月		日)		
					有効期限(年	月	日)		
					等級()級					
3	1及で	ド2 は無									

上記の者についての判定を依頼します。

年 月 日

松江市長 氏 名

島根県中央児童相談所長

様

島根県立心と体の相談センター所長

様式第3号(第3条関係)

福祉医療費助成認定判定依頼書(知的障害者(児)用)

ふ	りが	な			性	別	男	· 女
氏		名			生年月	日	年	月 日
保	護者	- 名			本人との)続		
住		所	市	i	町	·	番地	
偱	備考							
	1 -	身体[障害者手帳 有	番号()		
				発行年月	日(年	月	日)
				等級()級			
				障害名()
	2 *	精神	暲害者保健福祉手帳	長 有	番号()	
					発行年月日(年	月	日)
					有効期限(年	月	日)
					等級()級		
	3	1及1	ド2は無					

上記の者についての判定を依頼します。

年 月 日

松江市長 氏 名

島根県中央児童相談所長

様

島根県立心と体の相談センター所長

	a	福祉	医療費医療証		
	費負担者 号				
受	給者番号				
助成	居住地				
対象	氏 名				
者	生年月日		年 月	日	
負	担 割 合		医 療 費	の 1 割	
負	担限度額	入	院	入院	外
有	効 期 限	自 至		年 月 年 月	
交	付年月日			年 月	日
	行機関名び 印	島根県	松江市長 日	名 印	

(裏)

- 1 この証は、松江市福祉医療費助成条例の規定により、助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
- 2 この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結 した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適 用されます。
- 3 医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示してください。電子資格確認を受けることができない場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 4 1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。
- 5 助成対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 6 氏名、居住地、加入医療保険又はその内容に変更のあったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 7 この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 8 不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として拘禁刑の 処分を受けます。

	福 福祉医療費医療証								
公番	費負担者 号								
受	給者番号								
助成	居住地								
対	氏 名								男 女
象 者	生年月日			年	月	日			
負	担割合			医療	そ 費	の	1 割		
負	担限度額		入	院			入隊	売 外	
有	効 期 限	自至				年年	月 月	日日	
交	付年月日					年	月	日	
発	行機関名び 印	島根坝	1	松江市	元 長	-3	名 印]	

(裏)

- 1 この証は、松江市福祉医療費助成条例の規定により、助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
- 2 この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結 した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適 用されます。
- 3 医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示してください。電子資格確認を受けることができない場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 4 1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の医療機関とみなします。
- 5 助成対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長に返してください。
- 6 氏名、居住地、加入医療保険又はその内容に変更のあったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 7 この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を 受けてください。
- 8 不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として拘禁刑の 処分を受けます。

	福老	福祉图	医療費資格証		
	費負担者 号				
受	給者番号				
資	居住地				
格	氏 名				
者	生年月日		年 月	日	
負	担割合		医療費	の 1 割	
負	担限度額	入	院	入院	外
有	効 期 限	自至		年 月 年 月	
交	付年月日			年 月	日
	行機関名び 印	島根県	松江市長 日	名 印	

(裏)

- 1 この証は、松江市福祉医療費助成条例の規定により、助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
- 2 この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結 した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用 されます。
- 3 医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示してください。電子資格確認を受けることができない場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 4 1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。 ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の 医療機関とみなします。
- 5 助成対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長 に返してください。
- 6 氏名、居住地、加入医療保険又はその内容に変更のあったときは、14 日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 7 この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 8 不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として拘禁刑の 処分を受けます。

	福老	福福	业医療費	資格証				
	費負担者							
番	<u>号</u> 給者番号							
	居住地							/
格	氏 名							
者	生年月日		年	月	日			
負	担割合		医	療 費	Ø	1 割		
負	担限度額	入	院			入防	· 外	
有	効 期 限	自至			年年	月 月	日日	
交	付年月日				年	月	日	
発之及	行機関名 び 印	島根県	松江	市長	£	名印]	

(裏)

- 1 この証は、松江市福祉医療費助成条例の規定により、助成を受けることができることを証するものですから、大切に保持してください。
- 2 この証は島根県内の医療機関及び島根県国保連との契約を締結 した一部の県外医療機関等において受診した保険診療のみに適用 されます。
- 3 医療機関等において診療を受ける場合は、電子資格確認を受けるとともに、この証を医療機関等の窓口に提示してください。電子資格確認を受けることができない場合は、被保険者証(又は組合員証)に添えてこの証を窓口に提示してください。
- 4 1月につき医療機関ごとに医療費の100分の10に相当する額又は表面記載の限度額のどちらか低い額が、本人の負担となります。 ただし、医科と歯科の診療を併せて行う医療機関はそれぞれ別の 医療機関とみなします。
- 5 助成対象者の資格がなくなったときは、速やかに、この証を市長 に返してください。
- 6 氏名、居住地、加入医療保険又はその内容に変更のあったときは、14日以内にこの証を添えて市長にその旨を届け出てください。
- 7 この証が破れたり汚れたり又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 8 不正にこの証を使用した者は刑法により詐欺罪として拘禁刑の 処分を受けます。

受付日	年	月	目	
決定日	年	月	日	
資格取得日	年	月	目	

				受	給 者 看	番号				
		福祉医療費	費医療証	(資格証)	更新	申請書	書			
	(あて先)松江	市長					年	月	日	
			申請者	住 所						
				氏 名						
	(電話									
		福祉医療費医療証 し。あわせて福祉医療								
	うことを承諾し									
	フリガナ			記						
				住所						
受	氏 名									
給	生年月日	年	月 日	申請者との組	続 柄					
者	障害の状況			程 度 —						
/ -	氏 名			受 給 者 との続柄						
保護	住 所			電 話						
者	生年月日			職業						
加	被保険者名		受給:		住所					
入医	保険種別			記号・番号						
療保	名称			所 在 地 電 話						
除	附加給付			支給基準						
	請事由発生			申請事由						
年	年 月 日									
	種 類	所得税で非課税対象	駅である公的年 課税となる公的		は、次のと		す。 =間支給슄	· % %百		
	遺族年		hV12m C (4 (9 (7) 日本)	7十亚 4 27 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7			- 161 文 小口 3	4 TP.	円	
	障害に関わる年								円 円	

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	日

福祉医療費医療証(資格証) 更新申請書(ひとり親用)

(あて先)松江市長

年 月 日

申請者 住所

氏名

下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の交付を申請します。なお、私及び世帯全員の個人番号に変更はありません。あわせて福祉医療費助成の審査ため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。

記

交 付

文章	陌 有 証	笛 万		日				甲硝连田	
	氏				57		生年月日		
受	名				区分		電話番号		
給 者	住所								
78	方書								
		氏	名	生	年月	日	受給者との 続柄	ひとり親医療の該 当非該当の別区分	備考
世									
帯									
0)									
状									
況									
加	被保険	者名					保険種別		扶養区分
入 医	名	称					附加給付		
入医療保険	記号·	番号					電話番号		
険	所 在	地							
備者	夸								

受付日	年	月	目	
決定日	年	月	目	
資格取得日	年	月	目	

			受給者番号						
		福祉医療費医療証	資格証)更新申請書						
	(あて先)松江	市長	年	日					
		申請者	住所						
			氏 名						
_	r=albb	与155中563 (次43) 04	(電話)ともなり、チャックスの世界へ日の	(四 1 承 日) *					
			寸を申請します。なお、私及び世帯全員の のため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧						
	うことを承諾	します。							
	フ リ ガ ナ	性別	住所						
受	氏 名		1/1						
給	生年月日	年 月 日	申請者との続柄						
者	陸生の出知		程度						
	障害の状況		程 度						
保	氏 名		受 給 者 との続柄						
護	住 所		電話						
者	生年月日		職業						
加	被保険者名	受 給 i との続							
入医	保険種別		記号・番号						
療保	名 称		所 在 地 電 話						
険	附加給付		支給基準						
申年	請事由発生 月 日		申請事由						
'	<u> </u>								
	 種 類		<u> </u>						
	遺族年	金		円					
	障害に関わる年	F金		円					

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	日

福祉医療費医療証(資格証) 更新申請書(ひとり親用)

(あて先)松江市長

年 月 日

申請者 住所

氏名

下記のとおり、福祉医療費医療証(資格証)の交付を申請します。なお、私及び世帯全員の個人番号に変更はありません。あわせて福祉医療費助成の審査ため、私及び世帯全員の課税台帳を閲覧し、確認を行うことを承諾します。

記

交 付

受	給 者 証	番 号		月日				申請理由	
	氏				性別		生年月日		_ <u> </u>
受	名				区分		電話番号		
給	住所								
者	方書								
		氏 名	性別	生	年 月	日	受給者との 続柄	ひとり親医療の該 当非該当の別区分	備考
世									
帯									
\mathcal{O}									
状									
況									
加	被保険	者名	4				保険種別		扶養区分
入 医	名	称					附加給付		
入医療保険	記号・	番号					電話番号		
険	所 在	地							
備差	些								

<改正後>

様式第11号(第8条関係)

130. (5)14 == 3 (5)14	- >140401.7							
	福祉	上医療費	医療	証(資格詞	正)破技	損・亡	失届	
	氏	名	生	年 月	日	医	療証(資格証)の受給者番号	
助成対象者								
居住地								
被保険者			加入医	保険者	省名			
(組合員)名			医療保険	記号・着	番号			
福祉医療費	骨医療証(資格	予証)を		び損 ご失	たのて	ごお届	けします。	
年月	日							
					届出	人(主 所	
						E	元 名	
						(助成対象者との続柄)
(あて先)ゼ	公江市長							

<改正前>

様式第11号(第8条関係)

(あて先)松江市長

187 CM 11 (M)											
福祉医療費医療証(資格証)破損・亡失届											
	氏	名	生	年	月	日	医療	証(資格証)の受給者	番号		
助成対象者		男		•	•						
		女									
居 住 地											
被保険者			加入医療保険	保	険 ā	者 名					
(組合員)名			療保険	記:	号•⇒	番号					
福祉医療費	医療証(資	格証) を		坡 損 二 失	1	たので	ごお届け	します。			
年月	日										
						届出	人住	所			
							氏	名			
							(助	成対象者との続柄)		

様式第16号(第3条関係)

福祉医療費助成認定判定書(知的障害者(児)用)

Š	りがな	
氏	名	生年月日 年 月 日生
保	護者名	住所
	知能検査結果 合併障害	知能指数又は発達指数(IQ DQ 検査名()検査年月日(身体障害(有無)総合等級(種級) 障害名() 精神障害(有無)総合等級(種級)
		その他の障害(有 無) 障害名()
現在の状況	日常生活	1 ADL(自立 見守り等 一部介助 全介助) 2 日常生活能力 ○日常会話(可限定範囲ごく簡単な会話単純意思表示) ○読み書き(短文 平かな 氏名 困難) ○数理解(釣銭計算 1 桁計算 3 までの理解 困難) ○集団活動参加(可指示により可指示参加不充分 困難) ○移動(単独可限定範囲乗物利用可慣れた範囲家周辺に限定) 3 行動障害 () 4 治療・看護 () 5 その他特記事項 ()
総	合 判 定	軽度 中度 重度 最重度
将另	ド再判定の要	有(年月)無
備	考	

年 月 日付けの依頼については、上記のとおり判定したので送付します。

年 月 日

島根県中央児童相談所長島根県立心と体の相談センター所長

(あて先)松江市長

様式第16号(第3条関係)

福祉医療費助成認定判定書(知的障害者(児)用)

Š	りがな	
氏	名	生年月日 年 月 日生
保	護 者 名	住所
	知能検査結果	知能指数又は発達指数(IQ DQ) 検査名()検査年月日()
	合併障害	身体障害(有無)総合等級(種級) 障害名() 精神障害(有無)総合等級(種級) その他の障害(有無) 障害名(
現在の状況	日常生活	1 ADL(自立 見守り等 一部介助 全介助) 2 日常生活能力 ○日常会話(可限定範囲ごく簡単な会話 単純意思表示) ○読み書き(短文 平かな 氏名 困難) ○数理解(釣銭計算 1 桁計算 3 までの理解 困難) ○集団活動参加(可 指示により可 指示参加不充分 困難) ○移動(単独可限定範囲乗物利用可 慣れた範囲 家周辺に限定) 3 行動障害 () 4 治療・看護 () 5 その他特記事項 ()
総	合 判 定	軽度 中度 重度 最重度
将列	ド再判定の要	有(年月)無
備	考	

年 月 日付けの依頼については、上記のとおり判定したので送付します。

年 月 日

島根県中央児童相談所長島根県立心と体の相談センター所長

(あて先)松江市長

(松江市子ども医療費助成条例施行規則の一部改正)

第2条 松江市子ども医療費助成条例施行規則(平成17年松江市規則第108号)の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に 掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正後	改正前
様式第3号(第4条関係) 別紙のとおり	様式第3号(第4条関係) 別紙のとおり
様式第4号の3(第4条、第4条の2関係) 別	様式第4号の3(第4条、第4条の2関係) <u>別</u>
紙のとおり	紙のとおり
様式第5号(第4条関係) 別紙のとおり	様式第5号(第4条関係) 別紙のとおり
様式第 13 号(第 9 条関係) 別紙のとおり	様式第 13 号(第 9 条関係) <u>別紙のとおり</u>

子ども医療費受給資格証交付申請書

		氏	2 名					生	年	月日			住	所			
7.																	
子ど									•	•							
ŧ	個人番号			1 1 1 1 1	!	1 1 1 1			1 1 1 1 1 1		1 1 1 1 1 1						
受													電話	番号			
給資									•	•							
格 者	個人番号	1	 		! ! ! ! !	! ! ! !			1 1 1 1 1 1		 	子どもとの 続柄					
	初	マート 女保	ップ 険者氏	4				<u>生</u>	年	月日			住	所			
⊥																	
加																	
入医	個人番号	1	! ! ! ! !		 	 	! ! ! !		1 1 1 1 1 1	 	 	子どもとの 続柄					
療保	記号・番号	(記	2号)			(番号	·)				保険種別					
険	保険者名称											保険者番号					
	所在地											附加給付	有	() • 無	ŧ.
			出生									4 措置の解	解除のた	め			
	格 証 交 付 ⁼ 請 事 由	3					こした	- t- }	か			5 その他 ()		
H	可		 (事由 ^多						年			 月 日)			/		
□ᡮ	公江市により即				-		こつし						· 養費又	なは高	額介	護合第	草療
į	養費に該当した												こ返還し	します	0		
	上記のとおり	9、	子ども	医影	尞費	受新	合資格	各証	のろ	を付	を申	請します。					
	年	月	F				Λ.										
				ŀ	申請	者	住	肵									
							氏	名				,					`
	(あて先)ホ	公江	市長									(子ども	ちとの続	柄)
	資格証番号		備考														

子ども医療費受給資格証交付申請書

	エリ 氏	名	性別	生年月日		住 所	
子							
ナど			男・女	• •			
£							
受			<u> </u>			 電話番号	
入 給			男・女			电前钳力	
資			77 9				
格者	個人番号				子どもとの 続柄		
71	初			生年月日	ואנורז	<u> </u>	
加				• •			
入	個人番号				子どもとの		
医		()		<u> </u>	続柄		
療保	記号・番号	(記号)	(番号	[]	保険種別		
険	保険者名称				保険者番号		
	所在地				附加給付	有()・無
		1 出生した	ため		4 措置の解	除のため	
	格証交付	2 転入した。		シ キム	5 その他 ()
目	申請 事 由	3 医療保険			(月 日))
		の事由発生年 が成を受けた医			. ,	『養費▽け高絮	酒介謹合管療
		た場合に市から					
	上記のとおり)、子ども医療	費受給資格	格証の交付を国	申請します。		
	年	月 日					
		由	住 請者	所			
		Т		名			
	(あて先)ホ	小汀市長			(子ども	との続柄)
	資格証番号	備考					

子ども医療費助成台帳

資	格言	正番号													
受資格	給 各者	氏 名	(.	•	変更)		生年月日	•			住所	(変更)	子もの柄	
				フ	リガナ		生							電	話
子と	ごも	氏 名	(.	•	変更)		生年月日	•	•	•	住所	(変更)		
	被	保険者				子ども				年月	日	有効	期間	申請	事由
	氏					との続柄		(再付)資	資格			· ~ .			
	住	所						証交	行			· ~ .			
加	ļ±.	121			(.	. 変	更)	附	加	有·	無				
入医	<i>I</i> 🗆	公共口口		記号				給付 有	無無	有·	黒	内 容	(.	. 変	更)
療保	1朱	険種別		· 番号	(.	. 変	更)				ļ	期	間	控队	余額
除								控除 の特		自					
	保	険者名			(.	. 変	更)			至					
	所	在 地						備考							

子ども医療費助成台帳

資	格証番号									
受資格	給 氏 各者	(変	Ĩ)	男・女	生年月日		•	住所	(. 変更)	子ど もと の続 柄
		フリガナ		男・女	生					電話
子と	ごも 氏 名	(変	<u>ヺ</u>)		生年月日		•	住所	(. 変更)	
	被保険者			子ども		,	年月	日	有 効 期 間	申請事由
	氏 名			との続柄		(再交 付)資格			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
	住 所					証交付			~	
加		(. 変	更)	附加	有·	無		
入医	归险每叫	記号				給付の 有 無	有・	無	内 容 (.	. 変更)
療保	保険種別	番号		. 変	更)			ļ	期間	控除額
険	保険者名			-d	-	控除額 の特例	自			
	体陜日泊	(٠	. 发	更)		至			
	所 在 地					備考				

(表面)

	松江市子ども	医療費受給資格証	
公費負担者番号			
番号			
受給資格者	氏名		
	住所		
子ども	氏名		
	生年月日		
	住所		
加入医療保険	被保険者氏名		
	記号・番号		
	保険者名称		
本力	人負担		
受約	合期間	自	
		至	
			松江市長 印

注意事項

- 1 この証は、松江市子ども医療費助成条例により、助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 この証は、保険診療のみに適用されます。診療を受けるときは、医療機関等の窓口に提示してください。また、他の医療証をお持ちの場合は、全ての医療証を提示してください。
- 3 医療機関等で保険診療を受けられた際に、子ども医療費助成の適用を受けられなかった場合は、2年以内に手続をされれば公費で負担すべき額を還付します。
- 4 氏名、住所、加入医療保険に変更のあったときは、14日以内に、この証を添えて市長にその旨届け出てください。
- 5 受給資格を喪失したときは、速やかに市長に返還してください。
- 6 この証が破れたり、汚れたり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により拘禁刑の処分を受けることがあります。

(表面)

	松江市子ども	医療費受給資格証		
公費負担者番号				
番号				
受給資格者	氏名			
	住所			
子ども	氏名			
	生年月日			
	住所			
加入医療保険	被保険者氏名			
	記号・番号			
	保険者名称			
本人	人負担		0 円	<u> </u>
受約	給期間	自		
		至		
			松江市長	印

注意事項

- 1 この証は、松江市子ども医療費助成条例により、助成を受けることができる証ですから、大切に保管してください。
- 2 この証は、保険診療のみに適用されます。診療を受けるときは、医療機関等の窓口に提示してください。また、他の医療証をお持ちの場合は、全ての医療証を提示してください。
- 3 医療機関等で保険診療を受けられた際に、子ども医療費助成の適用を受けられなかった場合は、2年以内に手続をされれば公費で負担すべき額を還付します。
- 4 氏名、住所、加入医療保険に変更のあったときは、14日以内に、この証を添えて市長にその旨届け出てください。
- 5 受給資格を喪失したときは、速やかに市長に返還してください。
- 6 この証が破れたり、汚れたり、又は失ったりしたときは、再交付を受けてください。
- 7 不正にこの証を使用した者は、刑法により拘禁刑の処分を受けることがあります。

_																	
							子ど	も医療	受費助成	文事由(被害)届							
受		給	資	格	証	番	号				生	年	月	目			
資	格	者	氏				名					•		•			
子	卢	ŧ	氏				名				生	年	月	月			
1		O	住				所					•		•			
被	害を	: 与	えた	. 者	者氏名												
	(穹	第三:	者)		住		所										
医	療	機	関	名													
診	療	開	始	日			年	月	日	診療見込期間				•			
被害の状況																	
	上記のとおり、第三者の行為により被害を受けましたのでお届けします。 年 月 日																
								,	届出人	氏 名	もとの続	柄)				
	(\$	らてタ	先) 松	:江市	ī長												

様式第13号(第9条関係)

1,14,	·> v -	· ,	(3)	· /[<]	7. 1 V I V										
							子ど	も医療	費助成	対事由(被害	F)届				
受		給	資	格	証	番	号					生	年	月	日
資	格	者	氏				名				男・女		•		•
7.	ど	4	氏				名					生	年	月	日
丁	_	Ð	住				所						•		•
被	害を	: 与	えた	: 者	氏		名								
	(第三		者)		住		所								
医	療	機	関	名											
診	療	開	始	日			年	月	日	診療見込	込期間	•		,	•
被害の状況															
	上記のとおり、第三者の行為により被害を受けましたのでお届けします。 年 月 日														
								J	届出人		主 所 モ 名 (子ども	っとの続	柄)	
	(<i>t</i>	ってタ	先) 松	:江市	5長										

附則

(施行期日)

1 この規則は、令和7年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に存する第2条の規定による改正前の松江市子ども医療費助成条例 施行規則様式第5号による用紙は、当分の間、これを使用することができる。

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行規則(平成17年松江市規則第90号)の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正後	改正前					
様式第1号(第3条関係) 別紙のとおり	様式第1号(第3条関係) 別紙のとおり					
様式第9号(第6条関係) 別紙のとおり	様式第9号(第6条関係) 別紙のとおり					

様式第1号(第3条関係)

	障害児通所給付費支給申請書兼 利用者負担額減額・免除等申請書																		
	(あて先)松江市長																		
	次のとおり申請します。																		
		ı	申請年月日年月日日										1						
	フリ	カナ					個人都	番号											
申請	氏	名			生年)	月日							年	:	月		日		
者	居住	三地	₸	T 電話番号															
	フリガ	個人看																	
支	た給申請に						生年月	月日	•		•	•	•		年		月		日
児	色 童 氏	名			続	柄													
身体手工	本障害者 帳 番 号			療育手帳番 号		精神福祉	障害者 : 手 帳	保健番号					疾	病	1 名				
サービス利用の状況	障 害 関係サ [、]		利用「	中のサービスの	種類と内容等														
			支	援の種類					l	申請	事に1	系る	具体	本的	勺内名	\$			
申	治療を □児童乳	□児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して 治療を行うものを除く。) □児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して																	
申請する支援		と行うも																	
る支援	□放課後	後等デイ	サート	ごス															
援 	□居宅誌	方問型児	童発達 ————	幸支援															
	□保育⋻	 听等訪問																	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、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等の全部又は一部並びに通所支援決定内容を、松江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

主治医所在地 電話番号											
医 所 在 地											
電話番号											
□ 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。											
申 (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。)											
请 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											
す 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者											
る □ Ⅱ 多子軽減措置に関する認定											
減 下記の区分の適用を申請します。											
免 (あてはまるものに○をつける。)											
0 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。											
類 □ Ⅲ 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定											
生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。											
※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。											

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者		□申請者本人	□申請者本人以外(下の	欄に記入)	
氏	名			申 請 者 との関係	
住	所	〒		電話番号	

※申請に必要となる様式第2号の提出者も上記と同一と取り扱います。

様式第1号(第3条関係)

障害児通所給付費支給申請書兼 利用者負担額減額·免除等申請書

(あて先)松江市長

次の	つとおり申請しま	す。										
						申請年	三月日	年	月	目		
申請者	フリガナ 氏 名					生年月日		年	月	日		
	居住地	個人者	番号			電話番号						
	フリガナ 					生年月日		年	月	日		
	給申請に係る 童 氏 名	個人看	番号			続 柄						
身体障帳	音者手 番 号		療育手帳 番 号		精神福祉	障害者保健 手帳番号		疾 病	名			
サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	利用中	のサービスの	種類と内容等								
		支担	爰の種類				申請に係る	る具体的内	容			
申	□児童発達支援 治療を行うもの □児童発達支援 治療を行うもの	。) 不自由のあ										
申請する支援	□放課後等デイ		- '									
援	□居宅訪問型児	童発達	支援									
	□保育所等訪問	支援										

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するために必要があるときは、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等の全部又は一部並びに通所支援決定内容を、松江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

	主治医の氏名		氏名	医療機関名
主治医	所	在	地	電話番号

	Ι	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。
申		(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。)
請		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
す		3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
る	П	多子軽減措置に関する認定
減		下記の区分の適用を申請します。
免		(あてはまるものに○をつける。)
Ø		1 第2子に該当する者
種		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。
類	Ш	生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定
		生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。
		※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書	提出者	□申請者本人	□申請者本人以外(下の欄に記入)
フリ	ガナ		
氏	名		との関係
住	所	₸	電話番号

※申請に必要となる様式第2号の提出者も上記と同一と取り扱います。

様式第9号(第6条関係)

障害児通所給付費支給変更申請書兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書

			.,, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,									
	て先) 松江市長) とおり申請しま [~]	す 。										
			申請年	月日		年	月	日				
申	フリガナ		生年月日									
計	氏 名											
者	居住地	₸	個人番号									
	フリガナ		生年月日			年	月	E	1			
	を給申請に係る L 童 氏 名		続 柄 個人番号									
	は障害者 長番号	療育手帳 番 号	精神障害者保健福祉手帳番号				病名					
						I	L					
サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス											
	変更の理由											
		支援の種類	申請に係る具体的内容									
変		(肢体不自由のある児童に 行うものを除く。)										
更を 申		(肢体不自由のある児童に 行うものに限る。)										
変更を申請する支援	請 す □放課後等デイサービス											
支援	□居宅訪問型児	童発達支援										
	□保育所等訪問	支援										

主	主治医	の氏名		医療機関名						
主治医			Ŧ							
*	所 右	E 地								
				電話番	号					
	I.									
			限月額に関する認定							
			の区分の適用を申請します。	リルナルナとも	い相人は空間しむファルー)					
申			tまるものに○をつける。いずれに∜ E活保護受給世帯	らヨてはまりな	い場合は全側とりること。)					
請			「町村民税非課税世帯に属する者							
す		3 市	可村民税課税世帯(所得割 28 万円ラ	⊧満)に属する 者	<u>.</u> 1					
る		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。							
減		(あては	tまるものに○をつける。)							
免		1 第	52子に該当する者							
の		2 第	3子以降に該当する者							
種		* 7	在園証明等が必要となります。							
類		生活保証	護への移行予防措置(自己負担減免技	昔置、補足給付	の特例措置)に関する認定					
		生活保証	護への移行予防措置(□自己負担減タ	色措置 □補足	給付の特例措置)を申請します。					
		※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。								

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書	提出者	□申請者本人	□申請者本人以外 (下の欄に記入)				
氏	名		申 請 者 との関係				
住	所	〒	電話番号				

※申請に必要となる様式第2号の提出者も上記と同一と取り扱います。

様式第9号(第6条関係)

# 古 氏 名 個人番号 正 在 地 正 在 中 月 日		ことおり申請しまっ	T	申請年月日	年	月 日	
居住地 電話番号 年 月 日 支給申請に係る 児 童 氏 名 個人番号 精神障害者保健 福祉手帳番号 疾病名 利用中のサービスの種類と内容等 で、病名 で、病る で、病の で、れる	フリガナ 氏 名	個人番号	生年月日		年 月	日	
支給申請に係る 提供	育	居住地	〒	電話者	等号		
存体障害者 「療育手帳 番 号		 定給申請に係る	個人來早			年 月	日
で 書 福 社 関係サービス 変更の理由 支援の種類 申請に係る具体的内容 □児童発達支援(肢体不自由のある児童に			療育手帳			疾病名	
支援の種類 申請に係る具体的内容 □児童発達支援(肢体不自由のある児童に	サービス利用の伏況		利用中のサービスの種類と内容等				
□児童発達支援(肢体不自由のある児童に		変更の理由					
			支援の種類	申請	言に係る具体的	内内容	
□児童発達支援(肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。) □放課後等デイサービス □居宅訪問型児童発達支援	扩						
情	更を申	□児童発達支援	(肢体不自由のある児童に				
及 □ □居宅訪問型児童発達支援	青上之	 □放課後等デイ [・]	サービス				
友	シ と 爰	□居宅訪問型児	童発達支援				
□保育所等訪問支援		□保育所等訪問	支援				

主治医	主治	台医の)氏名	医療機関名
医(※)	所	在	地	電話番号
申請す			下記の (あては 1 生 2 市	8月額に関する認定 ○区分の適用を申請します。 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。) 活保護受給世帯 町村民税非課税世帯に属する者 町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
る減免			下記の (あては 1 第	域措置に関する認定○区分の適用を申請します。まるものに○をつける。)2子に該当する者
\mathcal{O}			2 第	3子以降に該当する者

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。

種

類

※ 在園証明等が必要となります。

申請書	提出者	□申請者本人	□申請者本人以外(下の欄に記入)	こ記入)		
フリ	ガナ		申 請 者			
氏	名		との関係			
住	所	〒	電話番号			

□ 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

※ 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。

生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。

※申請に必要となる様式第2号の提出者も上記と同一と取り扱います。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に存するこの規則による改正前の様式第1号による用紙は、当分の間、これを使用することができる。

松江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

松江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23年松 江市規則第16号)の一部を次のように改正する。

次の表により、改正前欄に掲げる規定の下線を付した部分は、これに対応する改正後欄に掲げる規定の下線を付した部分のように改める。

改正後	改正前					
様式第1号(第3条関係) 別紙のとおり	様式第1号(第3条関係) 別紙のとおり					
様式第7号(第6条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第7号(第6条関係) 別紙のとおり					
様式第9号(第7条関係) 別紙のとおり	様式第9号(第7条関係) 別紙のとおり					

(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

申請年月日

年____月___

日

(あて先)松江市長

次のとおり申請します。

申	フリ	ガナ								個人	、番号											
請	氏	名								生年	月日					年	Ē	月		F	l	
者	层 化	主地	₹						<u> </u>													
- 1			-						1			電話	5番-	号								
	フリガ	`ナ								個人	、番号											
支	を に に に に に に に に に に に に に に に に に に に	こ係る								生年	月日					4	年	J	1		日	
J.	建	氏 名								続	柄											
	体障害者				育手						書者保 優)	医症	名				
	帳番号 障害基礎	在全1年	15の母:	番		号 (部)	ど 444 を	5 古 垤			帳番号		スタ	ムル マド	思ス				有		•	無
	库日坐映	十五工版	火・ノ・火・	小口 マン	71 777	(1)/L /	/J /\PL/\/	上人]反	<i>,</i> ,,		<u>' </u>	日日 ブ	<i>a</i>) 1=	1 (C)	W (2)	o /			11			7777
				§支		有・無	# [区分等			3 4	5	6		了効							
サ	障害	福 祉		の認	定 ナービフ			rt kk		非該	<u>当</u>				朋間							
ビビ	関係サ	ービス	小川川	中のカ	, – – – ,	への性	頬とい	谷寺														
ス 利 用																						
\mathcal{O}			要介護認定 有・無 要介護度 要支援()・要介護 1 2 3 4									5										
状	介 護		利用中のサービスの種類と内容等																			
/兄	.11.	721 7																				
況	サー	ビス																				
		ビス				サー	ービン	スの種	 類								+)	F				
申 申	サ ー 区分	ビス	介記	護給位	付費	サー	ービン	スの種		 練等	E 給付	費				申請	青に	 係る	5具	—	内内	容
申	区分	□居			介	サー	護	□就	割労	定	F給付 着	支	援			申請		 係る	· 具·	体白	<u></u> 夕内	容
	区分	□居	度	訪	介 問	サ - 介	護護	□就□自	訓 労 立	定生	着活	支援	助			申言	 青に	係る	· 具·	体自	<u>——</u> 勺内	容
申請	対問系・そ	□居□□同	室	訪	介 問 援		護護	□就	割労	定	着	支				申言	青に	係る	,具	体白	り内	容
申	区分	□居 □重 □同 □行	度 (方 動	言 訪 厅	介 問 援	介	護護護護	□就□自	訓 労 立	定生	着活	支援	助									
申請す	区 訪問系・その	□居 □重 □同 □行 □重度	度 (表) (表) (表) (表) (表) (表) (表) (表) (表) (表)	訪 計 計 計 計 計 計 計 計 計 計 計 計 計	介問援援	介	護護護援	□就□自□就	労 立 労	定生選	着 活 択	支援支	助 援		<u>*</u>	·共同、) 0	司生活のサー	舌援助 - ビフ	カ (<i>ク</i>	ブルー語で	ープ;	ホー
申請	区 訪問系・その他	□居 □重 □同 □行 □重度	度	ib 方 方 者 利	介問援受	介	護護護援所	□就□□就□□就□□	労立労立訓	定 生 選 / 練	着活択(機)	支援支一能訓	助援/練)	* # # # # # # # # # # # # # # # # # # #	・ 共同 、) <i>の</i> いいで	司生活のサー	舌援助	力(クトランド)	がかっまう事	ープッ	ホー 者に の種
申請する	区 訪問系・その他 訓練	□居 □重 □同 □行 □重度	度	訪計	介問援援	介	護護護援	□就□□就□□就□□	労 立 労 立 訓	定生選/練練	着 活 択	支援支一能活	助 援 / 練 / 練)	「 ※ ム つ 類 日	: 共同、) のいで 頁(打 日中サ	司生活 つサー こは、 旨定 ナー t	舌援助 一	力、を する 活 選 三 活 援 型	が計画を関する。	- プラープン まま まま まま	ホーに種の所・
申請す		□居 □重 □同 □有 □重 □無 □無	度 行動害 期養	訪計	介問援包介	介	護護護援所護	就自就	労 立 労 立 訓 立 訓	定生選/練練	着 択 (機)	支援支一能活	助 援 / 練 / 練)	※ 4 ~ 類日活	(共同の)いて が) (対 (対 (対 (対 (対 (対 (対 (対 (対 (対	司生 治 つ は 定 り し し し し ま り し ま り し り も り も り も り も り も り も り も り も り も	舌援 ラビス ・ ・ ・ ・ ・ ・ に ラ ・ に ラ に ラ に ラ に り は り に り に り に り に り に り に り に り に り	かく をする 接近 外	が計画を関われています。	ープ まま まま まま こ ビン	ホ者の所 司ス
申請するサ	区 訪問系・その他 日中活動系	□居 □重 □同 □有 □重 □無 □無	度 行動害 期養	訪計	介問援包介	介	護護護援所護	就自就	当 労 立 労 立 立 泊 労	定生選 / 練 類型 移	着 択 (機)	支援支一能活訓支	助援 練練援)	※ 五 二 類 日 活 用 別	共ので指する場合は、	コンに	舌ー 、	一 クーラン・ファック できる できます かいこう かいこう おいま かいこう かいこう かいこう かいこう かいこう かいこう かいこう かいこう	い請事製指サリンプ・	ープラック 一プラック 一プラック 一プラック 一プラック 手楽 上で 一業 はご	ホ者の所司ス 所食一に種・生利の事
申請する	対 訪問系・その他 目中活動	□居 □重 □同 □有 □重 □無 □無	度 行動害 期養	訪計	介問援包介	介	護護護援所護		当 労 立 立 立 泊 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労 労	定生選 練練型移支続	着活択(機生)行後(支援支 能活 支成 A	助援)	※ 4 ~ 類 日 活 用 別 等 希	(共成の) (共産権) (共产権) 司ので旨ナカ旨及作士 生ナ は定ナー事まび護るだった。 は、ままままでできるだった。	舌ー もご 養ま人り か援ビ希目 支手 人りか ほど 発見 支手 生 人りか	りなき活接性をおります。	で請事事事を対している。	ー す業事主 ー 事又る と で	ホ者の所司ス所食となっ 一に種・生利の事を事	
申請するサー	区 訪問系・その他 日中活動系 別練系・就労系	□居□□行重短□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度行動害期養活	···· 訪	介問 援援包入介介	介 括支	護護護援所護護		一	定生選 / 練練型移支続続	着活択((自行後支支	支援支 能活 支成 A B	助援))))	※五二類日活用別等希項	共ので、指すりいの望り、	ヨウで 旨と 力 旨を 个 まって 旨と 一 事 きょう ほうしき しょうしき しゅうしゅ こうしゅ こうしゅ こうしゅ こうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅう しゅうしょう しゅうしゅう ゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅう しゅうしゅう しゅう	舌ー せご 巻ましり 援ビ 希目 ス 所 目 後 レン	り、星三渓外 活排をのほける ままない 型 活援 生き が 型 活 援 生き が と が で の 目	で請事事事を対している。	ー す業事主 ー 事又る と で	ホ者の所司ス所食となっ 一に種・生利の事を事
申請するサ	区 訪問系・その他 日中活動系 居	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度質類害期養活	1.1	介問 接接包入介介 所	介括支	護護護援所護護		一	定生選 / 練練型移支続続	着活択(機生)行後(支援支 能活 支成 A B	助援))))	※五二類日活用別等希項	共ので、指すりいの望り、	ヨウで 旨と 力 旨を 个 まって 旨と 一 事 きょう ほうしき しょうしき しゅうしゅ こうしゅ こうしゅ こうしゅ こうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅう しゅうしょう しゅうしゅう ゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅう しゅうしゅう しゅう	舌ー キごきせんひいう 選び主生 大のいう おっぱい はいかい かんしん かんしん はんしん はんしん はんしん はんしん はんしん はんしん	り、星三渓外 活排をのほける ままない 型 活援 生き が 型 活 援 生き が と が で の 目	で請事事事を対している。	ー す業事主 ー 事又る と で	ホ者の所司ス所食となっ 一に種・生利の事を事
申請するサー	区 訪問系・その他 日中活動系 別練系・就労系	□居□□行重短□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度 障 設域	···· 訪	介問 援援包入介介	介 括支	護護護援所護護		一	定生選 / 練練型移支続続	着活択((自行後支支	支援支 能活 支成 A B	助援/ 練練矮設型型))))	※五二類日活用別等希項	共ので、指すりいの望り、	ヨウで 旨と 力 旨を 个 まって 旨と 一 事 きょう ほうしき しょうしき しゅうしゅ こうしゅ こうしゅ こうしゅ こうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅう しゅうしょう しゅうしゅう ゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅう しゅうしゅうしゅう しゅうしゅう しゅう	舌ー キごきせんひいう 選び主生 大のいう おっぱい はいかい かんしん かんしん はんしん はんしん はんしん はんしん はんしん はんしん	り、星三渓外 活排をのほける ままない 型 活援 生き が 型 活 援 生き が と が で の 目	で請事事事を対している。	ー す業事主 ー 事又る と で	ホ者の所司ス所食となっ 一に種・生利の事を事

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するため等に必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、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並びに障害福祉サービス支給決定内容を、松江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。

	機関名		の氏名	主治[主治				
	電記	 	地	医 所 ※	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いている者に限る。)を申請する場合記入すること。									
さつける。 が 80 万 9 千円以下のもの)あてはまる力 年金等の収入	上限月額に関する認定 の区分の適用を申請します。 はまるものに○をつける。いずれに 舌保護受給世帯 打村民税非課税世帯(※)に属する者 療養介護を利用する場合は、①又 利用者本人の合計所得金額及び障害 ①以外のもの 打村民税課税世帯(障害者:所得割ご	下記((あては 1 生活 2 市町 ① ② (□	申				
	別減免を申請	型個別減免に関する認定 のいずれにもあてはまるため、医療			請				
であること(年齢 歳)	〈20 歳未満 1 療養介	利用者であること(年齢 歳)		る 〈20 点 1 :	る				
	市町村民税非課税世帯の者 Ⅲ 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食事等軽済 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、介護給付の対象となる入所施設(障害者支援施設)								
	〈20 歳未満		以上の方	重 〈20 点	種				
っること(年齢 歳)	1 施設入	者であること(年齢 歳) 兇非課税世帯又は生活保護受給世帯		镇丨	類				
		ープホーム等入所者に対する特定 村民税非課税世帯又は生活保護世春							
□ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。									
	の欄に記入)申請	□申請者本人以	,,,						
	との関	₸			<u> </u>				
	電話番号		所	住					
高認定(入所施設の食事ます。 あること(年齢 歳) に関する認定(家賃軽減 害者特別給付費を申請し 量)に関する認定	20 歳 療 名 付 費 接	のいずれにもあてはまるため、医療の用者であること(年齢 歳) 説非課税世帯の者 人所者(注)に対する特定障害者特別のいずれにもあてはまるため、特別象となるが 象施設は、介護給付の対象となるが 者であること(年齢 歳) 説非課税世帯又は生活保護受給世帯が、一プホーム等入所者に対する特定では、 村民税非課税世帯又は生活保護世帯では生活保護世帯では生活保護世帯では生活保護世帯では生活保護世帯では生活保護である。 「保護への移行予防措置(自己負担減ら、 一般の必要がある。 一般の移行予防措置(自己負担減ら、 一般の必要がある。 一般の必要がある。 一般の移行を 一般の必要がある。 一般の必要がある。 一般の移行を 一般の移行を 一般の必要がある。 一般ののを 一般ののを 一般ののを 一般ののを 一般ののを 一般のののののののののののののののののののののののののののののののののののの	以養町1措(以設町7 福実者 名 所下の護民施置下)の所民グ市生生祉関	情 - (20 g 1 2	· 請 す る 減 免 の 種 類 い				

(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

申請年月日 年 月 日

(あて先)松江市長

次のとおり申請します。

申	フ!	Jガナ 												
請	氏	名	個人看				生年月	Ħ			年	月	日	
者	居	住 地	Ŧ	<u> </u>				·						
							1	電記	話番号	•				
	フリガ						生年月	日			年	月	日	
ヌ 児	:給申請し 己 童 ほ	こ 徐 る 氏 名	個人看	€号			続 🧵	柄						
	本障害者			第育 手巾			神障害者	保健			疾症	· 名		
	帳番号	A = 477 =	1 三 4 二 十	•	号		祉手帳:		1) _ PD >				free
þī	草害基礎牛	金1級の	受給の有	無(就	万継続 こ	支援B型のサ	ービスを	申請す	する者	に限る。)	有	•	無
			障害	支援	有・無	区分等 1	2 3	4 5	6	有効				
サ	障害	福 祉	区分の)認定			非該当			期間				
ビビ	関係サ	ービス	利用中	のサービス	くの種類と	2.内谷寺								
ス利用					ı									
の	A =#	/II II/		護認定		・無要介	護度 要	支援	()	・要介記	隻 1	2 3	4	5
状況	介護サー		利用中	のサービス	スの種類と	:内容等								
	<i>y</i>													
	区分		•		サービン	スの種類				由	結に枢	る目休	的内容	☆
申			介護給		- 11:	訓練等給付費				申請に係る具体的内容				T
	≑ +-		宅		護	□就労	定着		援					
請	訪問	重 □同	<u>度</u> 訪	問 援 援	護護	□自 立	生 活	援	助					
	系		動	援	護									
す	その			入	 所	-								
	他	□重度	ま障害 1		括支					- 1		受助 (グル		
る		 □療	援 養		護	□自立訓	補 (機能	能 訓 (紬)			ごスを申請 6望する事		
			活	<u></u> 介		□自立訓						司生活援助 ス支援型指		
サ	日					□宿泊						、又仮空作 斤・外部サ		
	中活動系					□就労	移行	支	援			司生活援助 3、排せつ		
]	動 系					□就労移行	丁支援(養	長成施	設)	等の	介護の携	是供を受け	ること	を
						□就労継						らかのほか イト型住居		
ビ	ロムズ		⇒n. ¬t	=r -	ь т.	□就労継				向等)を記載	战する。 		
	居住系	□施	設 入		支援 接	□共同生活技	長明(グルー)	ノホー	4)					
ス	地域相談支援	□地	域 移		支援									
		□地	域定	着多		 作成するたと	み竿に立て	ガがち	ふるし	キル 1	倍宝士	怪(マハ)	図字)	仮る塾
						TF成りるたり 白酶あの内ク								

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するため等に必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、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並びに障害福祉サービス支給決定内容を、松江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

1)										
冶医				〒						
*	所	在	地							
								電話看	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。									
	□ 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		保護受給世帯 村民税非課税世帯	ま(※) に 届す	- ス 孝				
		4	*	療養介護を利用す	よる場合は、	①又は②				
			_ ,	刊用者本人の合計 D以外のもの	所得金額及(が障害基礎		の収入の合	計額が80万円以下の	50
		3			障害者:所行	导割 16 万	円未満、	障害児:2	28 万円未満) に属する者	ŕ
申		П	医療型		 る認定					
請			下記の	Dいずれにもあて	はまるため、	医療型個	固別減免	を申請しま	きす。	
す	<u> </u>	〈20 点	 歳以上	 の方〉			(:	 20 歳未満の)方〉	
る				護利用者であるこ	こと(年齢	歳)	j		護利用者であること(年	齢 歳)
				民税非課税世帯0			 		~ · · · · · ·	
減		Ш	施設			者特別給	付費(補	足給付)に	関する認定(入所施設の	食事等軽減
免		招	皆置) 下記 <i>0</i>	Dいずれにもあて	けまろため	特定階級	主者特別	給付費を 曲	語します	
の		(を施設は、介護給					· · · ·	
		〈20 点	歳以上の	 の方〉			<:	20 歳未満の		
種		1	施設入	所者であること(年齢 歳)			1 施設入房	所者であること(年齢	歳)
類		2	市町村	民税非課税世帯	又は生活保護	雙受給世				
		荐	寺の者							
		IV							給付)に関する認定(家貸 定障害者特別給付費を	
		V	生活供	R護への移行予防	措置(自己負	.担減免措	置、補足	2給付の特(例措置)に関する認定	
			生活供	R護への移行予防	措置(□自己	負担減免	措置]補足給付	の特例措置)を申請しま	す。
	>	終福祉	上事務所	所が発行する境界	層対象者証明	明書が必5	要となり	ます。		
V17	ずれも、	事	実関係 る	を確認できる書類	を添付して「	申請する	こと。			
	申請書	提出	者	□申請者本人	□申請者本	5人以外	(下の欄)	こ記入)		
	フリ	ガナ						申請者		
	氏	:	名					との関係		
				 〒						
	住		所	1						
	j.T.	,	121				伺	 言話番号		
							Ħ	シロロ 田 ク		

医療機関名

主 主治医の氏名

様式第7号(第6条関係)

(-)

		障害福祉サービス受給者証
受約	給者証番号	
支給	居住地	
定	フリカ゛ナ	
支給決定障害者等	氏 名	
4	生年月日	
17 14	フリカ゛ナ	
障害児	氏 名	
近	生年月日	
障	音種別	
交位	付年月日	
	給 町村名 び 印	松江市長 氏名 ⑩ 322016 住所 松江市 課名 電話番号

(___)

	介護給付費の支給決定内容							
障害程度区分	}							
認定有効期間								
サービス種別								
支給量等								
支給決定期間								
サービス種別								
支給量等								
支給決定期間								
サービス種別								
支給量等								
支給決定期間								
予備欄								

(三)

	()
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	

(四)

訓練等給付費の支給決定内容							
障害程度区分	†						
認定有効期間							
サービス種別							
支給量等							
支給決定期間							
サービス種別							
支給量等							
支給決定期間							
サービス種別							
支給量等							
支給決定期間							
予備欄							

計	計画相談支援給付費の支給内容							
支給期間								
指定相談支援事	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·							
2 22 2011	a Her							
モニタリング其	間							
予備欄								
特定	E障害者特別給付費の支給内容							
施設入所支援								
支給額		円/目						
適用期間								
共同生活援助又	は重度障害者等包括支援							
支給額		円/月						
適用期間								
予備欄								

	利用者負担に関する事項	
負担上限 月額		円
適用期間		
食事	提供体制加算対象者	
適用期間		
利用者負担	上限管理対象者該当の有無	
利用者負担上限	· 報管理事業所名	
特記事項欄		
予備欄		

(1)							
番号	訪問系サービス事業者記入欄						
	事業者及びその事業所の名称						
	サービス内容						
1	契約支給量		月		時間		分
	契 約 日			年	月	月	
	当該契約支給量による サービス提供終了日			年	月	月	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						
	事業者及びその事業所の名称						
	サービス内容						
2	契約支給量		月		時間		分
	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	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						
	事業者及びその事業所の名称						
	サービス内容						
3	契 約 支 給 量		月		時間		分
	契 約 日			年	月	目	
	当該契約支給量による サービス提供終了日			年	月	日	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						

st. 🗆	املت	田女山	() ()	中业	·±4.≑7 7	1111	
番号	[]	問系サー	ピス	争兼	有記人	.11東	
	事業者及びその事業 所の名称						
	サービス内容						
4	契約支給量	J	月		時間	5	}
	契 約 日			年	月	目	
	当該契約支給量による サービス提供終了日		年	Ξ.	月	月	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						
	事業者及びその 事業 所 の 名 称						
	サービス内容						
5	契約支給量	<i></i>	月		時間	5	}
	契 約 日			年	月	目	
	当該契約支給量による サービス提供終了日		年	Ξ	月	日	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						
	事業者及びその事業所の名称						
	サービス内容						
6	契約支給量	_ 	月		時間	<i>5</i> .	}
	契 約 日		£	F	月	日	
	当該契約支給量による サービス提供終了日		年	Ξ.	月	日	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						

	短期入所事業者実績記入欄								
番 号	事業者及びその 事業所の名称	実	施	日	日数	月累計			
1		年	月	日から					
1		年	月	日まで					
2		年	月	日から					
2		年	月	日まで					
3		年	月	目から					
J		年	月	日まで					
4		年	月	目から					
4		年	月	日まで					
5		年	月	目から					
3		年	月	日まで					
6		年	月	日から					
0		年	月	日まで					
7		年	月	目から					
		年	月	日まで					
8		年	月	目から					
		年	月	日まで					
9		年	月	日から					
		年	月	日まで					
1 0		年	月	日から					
1 0		年	月	日まで					
1 1		年	月	日から					
1 1		年	月	日まで					
1 2		年	月	日から					
1 2		年	月	日まで					

		(1)		
番号	生活介護・自立訓練・	就労選択支援・就労移行支援・	就労継続	支援事業者記入欄
	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容			
	契約支給量(/			
1	月)			
	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
	サービス提供終了月中の			
	終了日までの既提供量事業者及びその			
	事業所の名称			
	サービス内容			
	契約支給量(/			
2	月)			
	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
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量			
	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容			
	契約支給量(/			
3	月)			
	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
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量			

	(+-	一)						
握	療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄							
番号	事業者及びその事業所の名称			(居) (居)				
1		入所(居)	日 年	月	目			
1		退所(居)	日 年	月	日			
0		入所(居)		月	目			
2		退所(居)		月	日			
備考	;欄							

就労定着支援・自立生活援助事業者記入欄								
番号	事業者及びその事業所の名称		利用開始日 利用終了日					
		契約日						
1			年	月	目			
1		サービス提供終了日						
			年	月	目			
		契約日						
2			年	月	目			
		サービス	提供終	了目				
			年	月	目			
/-HI	100							

備考欄

注意事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定障害福祉サービス等、共生型障がい福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護を受けようとするときは、この証にマイナ保険証(健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。)等及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事業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。
- 5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費について は、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、 所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市 町村に提出してください。
- 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支 給を受けられませんので、支給決定期間を経過する 前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をし てください。

注意事項欄

- 7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更 の申請をすることができます。また、他の種類の障 がい福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町 村に支給申請をしてください。(サービスの種類に よっては、障害支援区分の(変更)認定を受ける必 要があります。)
- 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
- 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合 は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご 相談ください。

また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。

- 10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
- 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 13 支給決定の内容欄に記載されていない障がい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。

様式第7号(第6条関係)

(-)

障害福祉サービス受給者証 受給者証番号 支給決定障害者等 居住地 フリカ゛ナ 氏 名 生年月日 フリカ゛ナ 害 氏 名 児 生年月日 障害種別 交付年月日 松江市長 氏 名 EI 支 市町村名 322016 住所 松江市 課名 電話番号 及び印

(___)

介護給付費の支給決定内容					
障害程度区分	>				
認定有効期間					
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間					
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間					
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間					
予備欄					

(三)

	()
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	

(四)

訓練等給付費の支給決定内容					
障害程度区分	†				
認定有効期間					
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間					
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間					
サービス種別					
支給量等					
支給決定期間					
予備欄					

計	画相談支援給付費の支給内容	
支給期間		
指定相談支援事	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
2 22 2011	a Her	
モニタリング其	間	
予備欄		
特定	E障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援		
支給額		円/目
適用期間		
共同生活援助又	は重度障害者等包括支援	
支給額		円/月
適用期間		
予備欄		

	利用者負担に関する事項	
負担上限 月額		円
適用期間		
食事	提供体制加算対象者	
適用期間		
利用者負担	上限管理対象者該当の有無	
利用者負担上限	· 報管理事業所名	
特記事項欄		
予備欄		

	(1)								
番号	訪問系サービス事業者記入欄								
	事業者及びその事業所の名称								
	サービス内容								
1	契約支給量		月		時間		分		
	契 約 日			年	月	月			
	当該契約支給量による サービス提供終了日			年	月	月			
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量								
	事業者及びその事業所の名称								
	サービス内容								
2	契約支給量		月		時間		分		
	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			
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量								
	事業者及びその事業所の名称								
	サービス内容								
3	契 約 支 給 量		月		時間		分		
	契 約 日			年	月	目			
	当該契約支給量による サービス提供終了日			年	月	日			
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量								

st. 🗆	املت	田女山	() ()	中业	·±4.≑7 7	1111	
番号	[]	問系サー	ピス	争兼	有記人	.11東	
	事業者及びその事業 所の名称						
	サービス内容						
4	契約支給量	J	月		時間	5	}
	契 約 日			年	月	目	
	当該契約支給量による サービス提供終了日		年	Ξ.	月	月	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						
	事業者及びその 事業 所 の 名 称						
	サービス内容						
5	契約支給量	<i></i>	月		時間	5	}
	契 約 日			年	月	目	
	当該契約支給量による サービス提供終了日		年	Ξ	月	日	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						
	事業者及びその事業所の名称						
	サービス内容						
6	契約支給量	_ 	月		時間	<i>5</i> .	}
	契 約 日		£	F	月	日	
	当該契約支給量による サービス提供終了日		年	Ξ.	月	日	
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						

	短期入所事業者実績記入欄							
番 号	事業者及びその 事業所の名称	実	施	日	日数	月累計		
1		年	月	日から				
1		年	月	日まで				
2		年	月	日から				
2		年	月	日まで				
3		年	月	目から				
J		年	月	日まで				
4		年	月	目から				
4		年	月	日まで				
5		年	月	目から				
3		年	月	日まで				
6		年	月	日から				
0		年	月	日まで				
7		年	月	目から				
		年	月	日まで				
8		年	月	目から				
		年	月	日まで				
9		年	月	日から				
		年	月	日まで				
1 0		年	月	日から				
1 0		年	月	日まで				
1 1		年	月	日から				
1 1		年	月	日まで				
1 2		年	月	日から				
1 2		年	月	日まで				

番号	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
	事業者及びその事業所の名称						
	サービス内容						
	契約支給量(/						
1	月)						
	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	目
	サービス提供終了月中の						
	終了日までの既提供量事業者及びその						
	事業所の名称						
	サービス内容						
	契約支給量(/						
2	月)						
	契 約 日				年	月	Ħ
	当該契約支給量による サービス提供終了日				年	月	日
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						
	事業者及びその事業所の名称						
	サービス内容						
	契約支給量(/						
3	月)						
	契 約 日				年	月	目
	当該契約支給量によるサービス提供終了日				年	月	日
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量						

	(+-	一)						
握	療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄							
番号	事業者及びその事業所の名称			(居) (居)				
1		入所(居)	日 年	月	目			
1		退所(居)	日 年	月	日			
0		入所(居)		月	目			
2		退所(居)		月	日			
備考	;欄							

	就労定着支援・自	自立生活援	援助事業	と とうとう とうしょ とうしょ とうしょ とうしょ とうしょ とうしょ とうし	人欄					
番号	事業者及びその事業所の名称	利用開始日 利用終了日								
		契約日								
1			年	月	目					
1		サービス提供終了日								
			年	月	目					
		契約日								
2			年	月	目					
2		サービス	提供終	了目						
			年	月	目					
/	· Inn									

備考欄

注意事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 2 指定障害福祉サービス等、共生型障がい福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護を受けようとするときは、この証に療養 介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に 提示してください。
- 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事業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1割です。ただし、六面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
- 5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費について は、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、 所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市 町村に提出してください。
- 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支 給を受けられませんので、支給決定期間を経過する 前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をし てください。

注意事項欄

- 7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更 の申請をすることができます。また、他の種類の障 がい福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町 村に支給申請をしてください。(サービスの種類に よっては、障害支援区分の(変更)認定を受ける必 要があります。)
- 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
- 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合 は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご 相談ください。

また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。

- 10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
- 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
- 12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
- 13 支給決定の内容欄に記載されていない障がい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。

(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

(あて先)松江市長 次のとおり申請します。

	Y	欠の	とおり	申請	しま	す。																
	ı											申請	年月	日			左	F.	月_		1	
		フ	リガナ								個人	、番号										
申請者		氏	名							生年月日						年 月 日						
者		居	住 地		Ŧ							<u>ر</u>	電話	- 番-	문							
	<u> </u>	7 11 7	ガナ											ш								
																	<i></i>	<u> </u>				
支児		甲 請 쥩	計に係,氏 。	る 名							統	F月日 柄					年	•	月	日		
		害者 番 号				療 育 番	手帳号					写者保(帳 番・					疾	疖	第 名			
				の受				継続	支援のサ				-	-に	限る	。)			有	•	無	
		•																-1				
.,		産 賃	害福祉		区分の		有	• 無		1 非該旨	_	3 4	5	6		可効 期間						
サービス	関係サービス				利用中のサービスの種類と内容等																	
ス利用の状					要了	護認	定	有	• 無 男	京介護	度	要支持	爰 ()	• ፲	要介	護	1	2 :	3 4		5
状況			護保険ービス		利用中のサービスの種類と内容等																	
	変	更の	理由																			
	×	区			サービスの種類										申請に係る具体的内容							
	分			介	護総	付費			訓練等給付費							Ħ	請に	- 徐	る具体	下的内	习谷	
			□居			介		護	□就		定 :	 着 支	· 技	爰								
変	討問	∄	□重	度	訪	問	介	護	□自	立	生	活援	耳	力								
更	子•		□同		行	援		護	□就	労 i	選	択 支	: 技	爰								
を	そ の)	□行		動	援		護														
申	他	1	□重度	障	害者	等包	括支	え援														
請			□短		期	入		所	□自立	訓縛	東(機	終能 訓	練))] [助(グ			
す		訓	□療		養	介		護	□自立	訓縛	東(生	活訓	練)		つい	いては	、希	スを申 望する	事業所	の種	
る	日中	練系	□生		活	介		護	□宿⅓	1型	自	立訓	練	į		日中	コサー	ビス	生活援 支援型:	指定共	同生	
サ	活動	•							□就	労 利	多~	亍 支	援	芝					・外部 [、] 生活援			
1	系	就労系							□就労	移行	支援	(養成))		別)	及び	入浴	、排せ、	つ又は	食事	
ピ		术							□就労	継続	売支:	援 A st	型		1	希盲	望する	か否	供を受かのほ	か必要	な事	
									□就労	継続	売支:	援 B 5	型		1				ト型住	居の利	用意	
ス	居信	主系	□施	設	入	所	支	援	□共同生	活援	助(グ	ループォ	7 -1	7)	٦ ^١	60.2	٠, د	,u-+X	. / 20			
	地		□地	域	移	行	支	援														
	相士	談接	□地	域	定	着	支	援														
	文	1//																				

主治	主治医の氏名		医療機関名									
治医		Ŧ										
*	所 在 地											
\odot				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記											
	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											
	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	る者に限る。)を申請する場合記入する	こと。									
		担上限月額に関する認定 100万人の第844 中誌 トナナ										
		記の区分の適用を申請します。 てはまるものに○をつける。いずれに゛	も当てけすら	、かい場合け空欄とすること								
	,	活保護受給世帯		TAY MITALING / SCC.								
		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基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの											
申	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											
請	□ Ⅱ 医排	寮型個別減免に関する認定										
す	下	下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。										
	〈20 歳以上	の方〉	〈20 歳	未満の方〉								
る		護利用者であること (年齢 歳)	1	寮養介護利用者であること(年齢 歳)								
減		民税非課税世帯の者										
免	□ Ⅲ 施記 減措記		別給付費(補	足給付)に関する認定(入所施設の食事等軽								
تار		■/ 記のいずれにもあてはまるため、特定[障害者特別紹	合付費を申請します。								
0	(注) 対	対象事業所は、介護給付の対象となる	入所施設(障	害者支援施設)								
種	〈20 歳以上	の方〉	〈20 歳	未満の方〉								
米石	1 施設入	所者であること(年齢 歳)	1 旅	西設入所者であること(年齢 歳)								
類		民税非課税世帯又は生活保護受給世帯										
	の者											
				け費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) なため、特定陪実者特別給付費を申請します。								
	市町村民税非課税世帯又は生活保護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 □ 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											
		古保護への移行予防措直(自己負担減) 舌保護への移行予防措置(□定率負担)										
	-			,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,								
いず	──│ ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。 いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。											
申請書提出者 □申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)												
			#	: 請 者								
B	名 名											
				: の関係								
		₸										
自	E 所											
			電記	活番号								
<u></u>	生に ひましかえ 揆-	お第9号 様式第9号の掲出者を上記と同一と取り扱います										

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)支給変更申請書兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書

(あて先)松江市長次のとおり申請します。

	次の	とおり目	月請)	します	0						申言	青年。	月日			年	月	日		
	フ!	リガナ									ТН		7 1.							
申請者	氏	名	- -	個人番号						生	年月	日				年	月	日		
者	居	住 地			- ·							雷	話番・	문						
	フリカ	———— H十											пп. н	<i>,</i> ,						
专:	<u></u> 給 申 請		l- 5							- 生	年月					年	月	日		
児児	童		5	個人看	长 号					続	7	丙								
身体	本障害者	-			", 索育目	F帳			精	神障	害者	保健	<u> </u>			佐	病 名			
手	帳番号	-		1	番	号			福	14号	戶帳 =	番 号	-			沃	711) 41			
			1 1	章 害 区分の		有・	無	区分等			3 4	5	6	有 効期間						
サ		子福 祉 サービス	7	区分の認定 1 利用中のサービスの種類と内容等																
ービス利用	因所																			
利用の				要介	護認定	官	有	- 無	要介	護度	要	支援	()	• 要	介護	ŧ 1	2 3	3 4	5	
状況	介護保険 利用中のサービスの種類と						種類と	内容等												
	サー	- ビス																		
	変更の	理由																		
	区	サービン						スの種類							申請に係る具体的内容					
	区分	介護給付費					訓練等給付費													
		□居		宅	介		護	□就	労	定	着	支	援							
変	訪問	□重	度	訪	問	介	護	□自	立	生	活	援	助							
更	系	□同		行	援		護							1						
を	その	□行	:	動	援		護													
申	他	□短	:	期	入		所													
請		□重度	ま 障	害者	等包															
す		□療	:	養	介		護	□自	立訓	練(*	幾能	訓衫	東)					ループホー		
		口生		活	介		護	□自	立訓	練(生活	訓衫	東)					請する者に 事業所の種		
□宿泊型自立訓練 □ 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市 市																				
									助事業	美所・外部	サービス和	ij								
									人浴、排せ	つ又は食事	F									
									ライト型住	イト型住居の利用意										
	居住系	□施	設	入	所	支	援	口共同	生活技	爰助(ク	ブルー	プホー	-ム)		iul 4	/ 。在自	u#X プ√J。			
	地 域 相 談	□地	域	移	行	支	援													
	支援	□地	域	定	着	支	援													

主治	主治医の	氏名	医療機関名										
位医 (※)	所 在	地	₹		電話番号								
(%	※J主石医の欄は、介護和竹貨、訓練等和竹貨(共同主石援助に保るものでありて八街、排せり又は良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。												
	□ 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。												
	1		はまるものに○をつける。いずれに G保護受給世帯	も当てはまら	らない場合は空欄とすること。)								
			「休暖文州 6 m 「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	_									
		_		基礎年金等の	0収入の合計額が80万円以下のもの								
申	3	_	①以外のもの 「村民税課税世帯(障害者:所得割	16 万円未満、	障害児:28 万円未満)に属する者								
請			型個別減免に関する認定										
す		- Tan と原生画が成光に関する心と 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。											
	〈20 歳」	以上の	 方〉	〈20 歳	 技未満の方〉								
る	1 療	養介護	利用者であること (年齢 歳)	1 頻	寮養介護利用者であること (年齢 歳)								
減			発表の表現である。 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・										
免		施設) 域措置)		所給付費(補	足給付)に関する認定 (入所施設の食事等軽								
	ν:		。 のいずれにもあてはまるため、特定	障害者特別約	合付費を申請します。								
0	(}	主)対象	象事業所は、介護給付の対象となる	入所施設(障	害者支援施設)								
種	〈20 歳」			i	表表満の方〉								
類			「者であること(年齢 歳)		施設入所者であること(年齢 歳)								
//	2 市 の者		税非課税世帯又は生活保護受給世	帝 									
	□ 1 v				るため、特定障害者特別給付費を申請します。								
	□ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定												
]補足給付の特例措置)を申請します。								
			所が発行する境界層対象者証明書が		きす。								
			を確認できる書類を添付して申請で		97.1)								
-	申請書提出	首	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)										
	フリガナ				ョ 請 者								
E	壬 :	名		٤	の関係								
		=			1								
作	主 j	新											
'-	/			雷討	5番号								
					4 EP 1/4								

附則

(施行期日)

1 この規則は、令和7年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に存するこの規則による改正前の様式第1号による用紙は、当分の間、これを使用することができる。