

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

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	日

受 給 者 番 号																				
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。																				
記																				
受 給 者	フリガナ 氏 名					個人番号														
	住 所											生年月日								
	障害の状況	手帳種別		手帳番号	第 号		障害等級		種 級											
		手帳種別		手帳番号	第 号		障害等級		種 級											
世 帯 の 状 況	氏名	生 年 月 日		受給者との続柄	個人番号										備考					
加 入 医 療 保 険	被 保 険 者 名			受給者との続柄			住 所													
	保 険 種 別				記号・番号															
	附 加 給 付				支 給 基 準															
申 請 事 由 発 生 年 月 日				申請事由																
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	日

受給者番号				申請事由					
福祉医療費医療証（資格証）交付・変更申請書（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・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。									
記									
受給者	フリガナ 氏 名					生年月日			
	個人番号					区分		電話番号	
	住 所								
世帯の状況	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		
	個 人 番 号								
	加入医療保険	被保険者名			受給者との続柄		住所		
保険種別					記号・番号				
附加給付					支給基準				
備考									

様式第2号（その1）（第3条関係）

受付日	年	月	日
決定日	年	月	日
資格取得日	年	月	日

受給者番号																				
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。																				
記																				
受給者	フリガナ氏名				性別		個人番号													
	住 所											生年月日								
	障害の状況	手帳種別		手帳番号	第 号		障害等級		種 級											
		手帳種別		手帳番号	第 号		障害等級		種 級											
世帯の状況	氏名	性別	生 年 月 日		受給者との続柄		個人番号										備考			
加入医療保険	被保険者名				受給者との続柄				住 所											
	保 険 種 別						記号・番号													
	附 加 給 付						支給基準													
申請事由発生年 月 日					申請事由															
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	日

受給者番号				申請事由							
福祉医療費医療証（資格証）交付・変更申請書（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・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。											
記											
受給者	フリガナ氏名					性別		生年月日			
	個人番号							区分		電話番号	
	住所										
世帯の状況	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		
	個人番号										

加入医療保険	被保険者名			受給者との続柄		住所		
	保険種別				記号・番号			
	附加給付				支給基準			
備考								

<改正後>

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 氏名		生年月日	年 月 日
保護者名		本人との続柄	
住所	市 町 番地		
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 精神障害者保健福祉手帳 有 番号() 発行年月日(年 月 日) 有効期限(年 月 日) 等級()級 3 1及び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

<改正前>

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		本人との続柄	
住 所	市 町 番地		
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 精神障害者保健福祉手帳 有 番号() 発行年月日(年 月 日) 有効期限(年 月 日) 等級()級 3 1 及び 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

<改正後>

様式第 4 号(第 3 条関係)

(表)

福 福祉医療費医療証								
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								/
助 成 対 象 者	居 住 地							
	氏 名							
	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			年	月	日	
		至			年	月	日	
交 付 年 月 日		年 月 日						
発 行 機 関 名 及 び 印		島根県 松江市長 氏 名 印						

(裏)

注 意 事 項	
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。

<改正前>

様式第 4 号(第 3 条関係)

(表)

福 祉医療費医療証								
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
助 成 対 象 者	居 住 地							
	氏 名							男 女
	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		年 月 日				
		至		年 月 日				
交 付 年 月 日		年 月 日						
発 行 機 関 名 及 び 印		島根県 松江市長 氏 名 印						

(裏)

注 意 事 項	
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。

様式第 5 号(第 3 条関係)

(表)

福 老		福祉医療費資格証						
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
資 格 者	居 住 地							
	氏 名							
	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 日 年 月 日			
交 付 年 月 日		年 月 日						
発 行 機 関 名 及 び 印		島根県 松江市長 氏 名 印						

(裏)

注 意 事 項	
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。	

様式第 5 号(第 3 条関係)

(表)

福 老 福祉医療費資格証								
公 費 負 担 者 番 号								
受 給 者 番 号								
資 格 者	居 住 地							
	氏 名						男 女	
	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 日 年 月 日				
交 付 年 月 日		年 月 日						
発 行 機 関 名 及 び 印		島根県 松江市長 氏 名 印						

(裏)

注 意 事 項	
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。	

様式第6号の2（その1）（第4条関係）

受付日	年 月 日
決定日	年 月 日
資格取得日	年 月 日

		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 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。

記

受 給 者	フリガナ		住 所		
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄		
	障害の状況			程 度	

保 護 者	氏 名		受 給 者 との続柄		
	住 所		電 話		
	生年月日		職 業		

加 入 医 療 保 険	被保険者名		受 給 者 との続柄		住所	
	保険種別			記号・番号		
	名 称			所 在 地 電 話		
	附加給付			支 給 基 準		

申 請 事 由 発 生 年 月 日		申 請 事 由	
----------------------	--	---------	--

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	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											
受給者証番号				交付日				申請理由			
受給者	氏名				区分	生年月日					
						電話番号					
	住所										
	方書										
世帯の状況	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		
加入医療保険	被保険者名					保険種別				扶養区分	
	名称					附加給付					
	記号・番号					電話番号					
	所在地										
備考											

受付日	年 月 日
決定日	年 月 日
資格取得日	年 月 日

		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	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。					
記					
受給者	フリガナ		性別	住所	
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	申請者との続柄		
	障害の状況			程 度	
保護者	氏 名			受給者との続柄	
	住 所			電 話	
	生年月日			職 業	
加入医療保険	被保険者名		受給者との続柄	住所	
	保険種別			記号・番号	
	名 称			所在地電話	
	附加給付			支給基準	
申請事由発生年 月 日				申請事由	
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	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									
受給者証番号				交付日				申請理由	
受給者	氏名				性別		生年月日		
					区分		電話番号		
	住所								
	方書								
世帯の状況	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
加入医療保険	被保険者名						保険種別		扶養区分
	名称						附加給付		
	記号・番号						電話番号		
	所在地								
備考									

<改正後>

様式第 11 号(第 8 条関係)

福祉医療費医療証(資格証)破損・亡失届				
助 成 対 象 者	氏 名	生 年 月 日		医療証(資格証)の受給者番号
		・		
居 住 地				
被 保 険 者		加入 医療 保険	保 険 者 名	
(組 合 員) 名			記号・番号	
福祉医療費医療証(資格証)を破損したのでお届けします。 亡失 年 月 日 届出人 住 所 氏 名 (助成対象者との続柄) (あて先)松江市長				

<改正前>

様式第 11 号(第 8 条関係)

福祉医療費医療証(資格証)破損・亡失届				
助 成 対 象 者	氏 名	生 年 月 日		医療証(資格証)の受給者番号
	男 女	・ ・		
居 住 地				
被 保 険 者		加入 医療 保険	保 険 者 名	
(組 合 員) 名			記 号 ・ 番 号	
福祉医療費医療証(資格証)を破損 亡失したのでお届けします。 年 月 日 届出人 住 所 氏 名 (助成対象者との続柄) (あて先)松江市長				

＜改正後＞

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)

ふ り が な			生年月日	年 月 日生
氏 名				
保 護 者 名			住 所	
現 在 の 状 況	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()		
		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 ()		
	日 常 生 活			
総 合 判 定		軽度	中度	重度 最重度
将来再判定の要		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

＜改正前＞

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)

ふ り が な			生年月日	年 月 日生
氏 名		男 女		
保 護 者 名			住 所	
現 在 の 状 況	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()		
		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 ()		
	日常生活			
総 合 判 定		軽度 中度 重度 最重度		
将来再判定の要		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) <u>別紙のとおり</u>	様式第3号(第4条関係) <u>別紙のとおり</u>
様式第4号の3(第4条、第4条の2関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第4号の3(第4条、第4条の2関係) <u>別紙のとおり</u>
様式第5号(第4条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第5号(第4条関係) <u>別紙のとおり</u>
様式第13号(第9条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第13号(第9条関係) <u>別紙のとおり</u>

	フリガナ 氏 名				生年月日		住 所	
子 ど も					・			
	個人番号							
受 給 資 格 者					・		電話番号	
	個人番号						子どもとの 続柄	
加 入 医 療 保 険	フリガナ 被保険者氏名				生年月日		住 所	
					・			
	個人番号						子どもとの 続柄	
	記号・番号		(記号)		(番号)		保険種別	
	保険者名称						保険者番号	
	所在地						附加給付	有 ()・無
資 格 証 交 付 申 請 事 由		1 出生したため 4 措置の解除のため 2 転入したため 5 その他 3 医療保険に加入したため ()						
		(事由発生年月日 年 月 日)						
□松江市により助成を受けた医療費について、社会保険各法の高額療養費又は高額介護合算療養費に該当した場合に市から返還請求があったときは速やかに市に返還します。								
上記のとおり、子ども医療費受給資格証の交付を申請します。								
年 月 日								
住 所								
申請者								
氏 名								
(子どもとの続柄)								
(あて先) 松江市長								
資格証番号		備考						

[illegible]

＜改正後＞

様式第 4 号の 3(第 4 条、第 4 条の 2 関係)

子ども医療費助成台帳

資 格 証 番 号													
受 給 資格者	氏 名				生 年 月 日	・ ・ ・	住 所				子 ど も の 続 柄		
		(. . 変更)						(. . 変更)					
子 ど も	氏 名	フリガナ			生 年 月 日	・ ・ ・	住 所				電 話		
		(. . 変更)						(. . 変更)					
加 入 医 療 保 険	被保険者 氏 名				子 ど も の 続 柄	(再交 付)資格 証交付	年 月 日	有 効 期 間		申 請 事 由			
							...	・ ・ ・ ～ ・ ・					
				...	・ ・ ・ ～ ・ ・								
	住 所					附 加 給付の 有 無	有・無	内 容	(. . 変更)				
		(. . 変更)					有・無						
	保 険 種 別	記 号 ・ 番 号				(再交 付)資格 証交付	附 加 給付の 有 無	有・無	内 容	(. . 変更)			
				(. . 変更)									
	保 険 者 名					控除額 の特例	期 間			控除額			
		(. . 変更)											
	所 在 地					備 考							

＜改正前＞

様式第 4 号の 3(第 4 条、第 4 条の 2 関係)

子ども医療費助成台帳

資 格 証 番 号											
受 給 資格者	氏 名	(. . 変更)		男・女	生 年 月 日	. . .	住 所	(. . 変更)		子 ど も と の 続 柄	
子 ども	氏 名	フリガナ		男・女	生 年 月 日	. . .	住 所			電 話	
		(. . 変更)						(. . 変更)			
加 入 医 療 保 険	被保険者 氏 名			子 ども と の 続 柄		(再交 付)資格 証交付	年 月 日	有 効 期 間		申 請 事 由	
							...	. . ~ . .			
			...	. . ~ . .							
	住 所				附 加 給 付 の 有 無	有・無	内 容	(. . 変更)			
		(. . 変更)				有・無					
	保 険 種 別		記 号 ・ 番 号		(. . 変更)	控除額 の特例	期 間		控除額		
	保 険 者 名				控除額 の特例	自 . . 至 . .					
		(. . 変更)									
	所 在 地				備 考						

<改正後>

様式第 5 号(第 4 条関係)

(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	
本人負担		
受給期間		自 至
松江市長 印		

＜改正後＞

(裏面)

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。

<改正前>

様式第 5 号(第 4 条関係)

(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		
本人負担		0 円	
受給期間		自 至	
松江市長 印			

＜改正前＞

（裏面）

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。

<改正後>

様式第 13 号(第 9 条関係)

子ども医療費助成事由(被害)届				
受給 資格者	資格証番号		生 年 月 日	
	氏 名		・ ・	
子 ども	氏 名		生 年 月 日	
	住 所		・ ・	
被害を与えた者 (第三者)		氏 名		
		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 住所 届出人 氏 名 (子どもとの続柄) (あて先)松江市長				

<改正前>

様式第 13 号(第 9 条関係)

子ども医療費助成事由(被害)届				
受給 資格者	資格証番号		生 年 月 日	
	氏 名	男・女		・
子 ども	氏 名	生 年 月 日		
	住 所			・
被害を与えた者 (第三者)		氏 名		
		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 住所 届出人 氏 名 (子どもとの続柄) (あて先)松江市長				

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

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。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号												
	氏 名		生年月日	年 月 日											
	居 住 地	〒													
		電話番号													
	フリガナ		個人番号												
支給申請に係る 児 童 氏 名			生年月日	年 月 日											
			続 柄												
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号					疾 病 名						

サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
-----------	-------------------	-----------------

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書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	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

※申請に必要な様式第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

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏 名	個人番号					
	居 住 地	〒 電話番号					
フリガナ			生年月日	年 月 日			
支給申請に係る 児 童 氏 名		個人番号					
身体障害者手帳 番 号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾 病 名	

サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等					
申請する支援	支援の種類			申請に係る具体的内容			
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）						
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）						
	☐ 放課後等デイサービス						
	☐ 居宅訪問型児童発達支援						
	☐ 保育所等訪問支援						

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書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	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第 2 子に該当する者 2 第 3 子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

※申請に必要な様式第 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

（あて先）松江市長
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													
フリガナ			生年月日	年 月 日											
支給申請に係る 児 童 氏 名			続 柄												
			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						疾病名					

サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等												
	変更の理由													
変更を申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容											
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）													
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）													
	☐ 放課後等デイサービス													
	☐ 居宅訪問型児童発達支援													
☐ 保育所等訪問支援														

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第 2 子に該当する者 2 第 3 子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

※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

（あて先）松江市長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日		
	氏 名	個人番号			年 月 日		
	居 住 地	〒 電話番号					
フリガナ				生年月日	年 月 日		
支給申請に係る 児 童 氏 名		個人番号		続 柄			
身体障害者 手 帳 番 号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾 病 名	

サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
-----------	-------------------	-----------------

変更の理由	
-------	--

変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第 2 子に該当する者 2 第 3 子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

※申請に必要な様式第 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) <u>別紙のとおり</u>	様式第 1 号(第 3 条関係) <u>別紙のとおり</u>
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) <u>別紙のとおり</u>
様式第 9 号(第 7 条関係) <u>別紙のとおり</u>	様式第 9 号(第 7 条関係) <u>別紙のとおり</u>

(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

(あて先)松江市長

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											個人番号										
	氏 名											生年月日	年 月 日									
	居 住 地	〒										電話番号										
フリガナ												個人番号										
支給申請に係る 児 童 氏 名												生年月日	年 月 日									
												続 柄										
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号				疾病名														
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										

サービス利用の 状況	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 6						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	区分	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		
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 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。
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助			
		☐ 同 行 援 護	☐ 就 労 選 択 支 援			
		☐ 行 動 援 護				
		☐ 重度障害者等包括支援				
	訓練系・就労系 日中活動系	☐ 短 期 入 所	☐ 自立訓練（機能訓練）			
		☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）			
		☐ 生 活 介 護	☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練			
		☐ 就 労 移 行 支 援				
		☐ 就労移行支援（養成施設）				
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型				
		☐ 就 労 継 続 支 援 B 型				
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助(グループホーム)				
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援					
	☐ 地 域 定 着 支 援					

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なときは、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

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が 80 万 9 千円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯（障害者：所得割 16 万円未満、障害児：所得割 28 万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20 歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳） 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（年齢 歳）
	☐ 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、介護給付の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	〈20 歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20 歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）
	☐ IV グループホーム等入所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世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	☐ V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ ☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置）を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

※申請に必要な様式第 2 号、様式第 3 号の提出者も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 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

(あて先)松江市長

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					
フリガナ			生年月日	年 月 日			
支給申請に係る 児 童 氏 名		個人番号				続 柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神障害者保健 福祉手帳番号		疾 病 名	
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。）							有 ・ 無

サービス利用の 状況	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 6	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	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	介護給付費	訓練等給付費	
		☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助	
		☐ 同 行 援 護	※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。	
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 短 期 入 所		
	☐ 重 度 障 害 者 等 包 括 支 援			
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（機能訓練）	
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）	
		☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練		
		☐ 就 労 移 行 支 援		
		☐ 就労移行支援（養成施設）		
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型		
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型		
		☐ 共同生活援助(グループホーム)		
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援			
	☐ 地 域 定 着 支 援			

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なときは、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

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害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：28 万円未満)に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20 歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 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(年齢 歳)
	☐ 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、介護給付の対象となる入所施設(障害者支援施設)	
	〈20 歳以上の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20 歳未満の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳)
	☐ IV グループホーム等入所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世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	☐ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)を申請します。 ※福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者	
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、様式第 3 号の提出者も上記と同一と取り扱います。

様式第 7 号（第 6 条関係）

(一)

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	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
障害児	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
障害種別		
交付年月日		
支 給 市 町 村 名 及 び 印	松江市長 氏 名 ㊟ 322016 住所 松江市 課名 電話番号	

(二)

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	

(五)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円／日
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	

(六)

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	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

(七)

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	

(八)

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	
5	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	
6	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	

(九)

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		
		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		

(十)

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	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量(／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	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量(／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	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量(／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	

(十一)

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	入所(居)日 退所(居)日
1		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
2		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
備考欄		

(十二)

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
1		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
2		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
備考欄		

(十三)

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。

(十四)

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）

(一)

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	
	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
障害児	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	
障害種別		
交付年月日		
支 給 市 町 村 名 及 び 印	松江市長 氏 名 ㊟ 322016 住所 松江市 課名 電話番号	

(二)

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	

(五)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円／日
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	

(六)

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	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

(七)

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	

(八)

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	
5	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	
6	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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	

(九)

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		
		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		
1 0		年 月 日から		
		年 月 日まで		
1 1		年 月 日から		
		年 月 日まで		
1 2		年 月 日から		
		年 月 日まで		

(十)

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	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量(／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	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量(／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	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量(／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	

(十一)

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	入所(居)日 退所(居)日
1		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
2		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
備考欄		

(十二)

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
1		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
2		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
備考欄		

(十三)

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。

(十四)

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。																	
申請年月日 年 月 日																	
申請者	フリガナ							個人番号									
	氏 名							生年月日	年 月 日								
	居 住 地	〒 電話番号															
フリガナ								個人番号									
支給申請に係る 児 童 氏 名								生年月日	年 月 日								
								続 柄									
身体障害者 手帳番号				療育手帳 番 号				精神障害者保健 福祉手帳番号				疾 病 名					
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			
サービス利用の状況	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 6 非該当						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																	
変更の理由																	
変更を申請するサービス	区分	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										
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護					☐ 就 労 定 着 支 援										
		☐ 重 度 訪 問 介 護					☐ 自 立 生 活 援 助										
		☐ 同 行 援 護					☐ 就 労 選 択 支 援										
		☐ 行 動 援 護															
		☐ 重度障害者等包括支援															
	訓練系・就労系 日中活動系	☐ 短 期 入 所					☐ 自立訓練（機能訓練）					※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。					
		☐ 療 養 介 護					☐ 自立訓練（生活訓練）										
		☐ 生 活 介 護					☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練										
							☐ 就 労 移 行 支 援										
							☐ 就労移行支援（養成施設）										
☐ 就労継続支援 A 型																	
☐ 就労継続支援 B 型																	
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援					☐ 共同生活援助（グループホーム）											
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援																
	☐ 地 域 定 着 支 援																

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※)主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合記入すること。

申請する 減免の 種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯(障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満)に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 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(年齢 歳)
	☐ 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)	
	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳)
	☐ IV グループホーム等入所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世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	☐ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □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、様式第3号の提出者も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。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			
	氏 名	個人番号	生年月日	年 月 日
	居 住 地	〒 電話番号		
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	個人番号	続 柄		
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号	精神障害者保健 福祉手帳番号	疾 病 名

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	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					

変更の理由	
-------	--

変 更 を 申 請 す る サ ー ビ ス	区 分	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		
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 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。
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助		
		☐ 同 行 援 護			
		☐ 行 動 援 護			
		☐ 短 期 入 所			
		☐ 重度障害者等包括支援			
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自 立 訓 練（機能訓練）		
		☐ 生 活 介 護	☐ 自 立 訓 練（生活訓練）		
		☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練			
		☐ 就 労 移 行 支 援			
		☐ 就労移行支援（養成施設）			
		☐ 就労継続支援（A 型）			
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助（グループホーム）			
	地 域 相 談 支 援	☐ 地 域 移 行 支 援			
		☐ 地 域 定 着 支 援			

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※)主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合記入すること。

申請する 減免の 種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害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：28 万円未満)に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20 歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 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(年齢 歳)
	☐ 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)	
	〈20 歳以上の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20 歳未満の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳)
	☐ IV グループホーム等入所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世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	☐ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □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		申請者	
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、様式第3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、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。