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

様式第1号(第3条関係)

	<u> </u>	【男3年】	<u> 判////////////////////////////////////</u>														
					章害児通所約 用者負担額												
	(あて先)	松江市县	툿														
	次のとお	り申請し	します	0													
			1				申請年	月日			4	年	月		日		1
	フリ	ガナ 	 				個人番号										
申請	氏	名					生年月日						3	年	月		日
者	居住	: 地	₹			電話番号											
	フリガ	ナ					個人番号	FELH	I H								
4	 :給申請に	 ·					生年月日		<u> </u>				<u></u>	年	月		日
	道 童 氏						 続 柄										
身位手	身体障害者 手 帳 番 号			療育手帳番 号		精神福祉	障害者保險	ま ま			授	<b>美</b>	声 ク	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					申請	青に存	系る身	具体	的内	容			
		Ê達支援 ≥行うも			らる児童に対	して											
申請	□児童乳		(肢体	本不自由のあ		して											
する支援	□放課後	後等デイ	サーロ	ごス													
援	□居宅誌	方問型児	童発達	幸支援													
	□保育⋻	F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	台医	の氏名	医療機関名
主治				<b>T</b>
医	所	右	三 地	
				電話番号
		I	負担上降	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		Π	多子軽減	<b>咸措置に関する認定</b>
減			下記(	の区分の適用を申請します。
免			(あては	まるものに〇をつける。)
の			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	生活保証	隻への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定
			生活保証	獲への移行予防措置(□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	业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。

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

#### 様式第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 <sup>、</sup>	す。							
		,		申請年	月日	年	月	日	
	フリガナ								
申	氏 名			生年月日		年	月	日	
請		個人番号       〒							
者	居住地	Т		電記	舌番号				
	フリガナ			生年月日		年	月	日	
	給申請に係る 童 氏 名	/m   w. D		続柄					
	·	個人番号 療育手帳	<b>特</b> 神	障害者保健					
帳	董害者手 番 号	番。号	福祉	:手帳番号		疾病	名		
		T							
サー		利用中のサービスの種類と内容	<b>学</b>						
ービス	   障害福祉								
利用	関係サービス								
ビス利用の状況									
况				T					
	口旧本水牛十四	支援の種類	1741 -		申請に係る	具体的内	容		
	□児軍発達文援   治療を行うもの	(肢体不自由のある児童 を除く。)	に対して						
申請す	□児童発達支援 治療を行うもの	(肢体不自由のある児童 に限る。)	に対して						
する	□放課後等デイ		-						
る支援	   □居宅訪問型児	童発達支援							
	□保育所等訪問		-						
	口体自刈守奶间	<b>人</b> 顶							

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	き医の.	氏名	医療機関名
主治医	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。)
· 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。

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	Ŧ		電話番号				

## 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 <sup>~</sup>	<del>す</del> 。											
					申請年	月日		£	丰	月	[	3	
申	フリガナ			生年	月日				年	月		日	
請	氏 名			個人	番号								
者	居住地	Ŧ			電記	活番号							
	フリガナ			生年	月日				年	月		日	
	で給申請に係る			続	柄								
児	上 童 氏 名			個人									
	本障害者 帳 番 号	療育手帳番号		精神障害	等者保健 帳番号				疾兆	<b></b>			
_ ,	у ш у	m v		т 1	ти у					1			
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	#娘(これ)仕寺										
	変更の理由												
		支援の種類			申	申請に	係る具	具体的	勺内名	\$			
変		(肢体不自由のあ 行うものを除く。											
更を申す.	変 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												
請する	請 す □放課後等デイサービス る ■												
支援	□居宅訪問型児	童発達支援											
	□保育所等訪問	支援											

主治医	主	冶医	の氏名		医療機関名							
医				〒								
<b>*</b>	所	桂	E 地									
					電話番	号						
				1								
		I		限月額に関する認定								
				の区分の適用を申請します。		III A I . IIII						
申				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				と活保護受給世帯 と四社 見発 社課発 典書 に 見よて 老								
					「村民税非課税世帯に属する者 「村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者							
す					不順/10/高り 3/4	1						
る		Ι	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			(あてに	はまるものに○をつける。)								
免			1 箩	第2子に該当する者								
0)			2 箩	第3子以降に該当する者	3子以降に該当する者							
種			*	在園証明等が必要となります。								
類		${\rm I\hspace{1em}I\hspace{1em}I}$	生活保	護への移行予防措置(自己負担減免		の特例措置)に関する認定						
			生活保	護への移行予防措置(□自己負担減な	免措置 □補足	給付の特例措置)を申請します。						

申請書提出者		□申請者本人	□申請者本人以外(下の欄	順に記入)
氏	名			申請者との関係
住	所	〒		電話番号

※ 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。

### 様式第9号(第6条関係)

	→ II . W. I.	T	申請年月日	年 月	日	
申青	フリガナ  氏 名	個人番号	生年月日		年 月	日
×∃ ∃	居住地	₸	電話者	番号		
	フリガナ Z給申請に係る L 童 氏 名		生年月日 続 柄		年 月	日
才包	上降害者 上降番号	個人番号       療育手帳       番 号	精神障害者保健 福祉手帳番号	}	疾 病 名	
サービス利用の犬兄	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					
		支援の種類	申記	<b>青に係る具体的</b>	内容	
		(肢体不自由のある児童に うものを除く。)				
だっている キョー・ロース 受し	□児童発達支援	(肢体不自由のある児童に うものに限る。)				
当一.	□放課後等デイ	サービス				
) 元 弘之	□居宅訪問型児	童発達支援				
ŀ	□保育所等訪問	支援				

主治医の氏名			医療機関名					
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。 (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								
	П	下記( (あては 1 第	<ul><li>域措置に関する認定</li><li>の区分の適用を申請します。</li><li>まるものに○をつける。)</li><li>2子に該当する者</li><li>3子以降に該当する者</li></ul>					
		所 在□ Ⅰ	所 在 地  □ I 負担上版 (あては 1 生 2 市 3 市 では 1 までは 1 までは 1 までは 1 第					

※ 在園証明等が必要となります。

種

類

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	

□ 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。

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。