

## 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<br>児 童 氏 名 |       |             | 生年月日 | 年 月 日             |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
|                    |       |             | 続 柄  |                   |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |
| 身体障害者<br>手帳番号      |       | 療育手帳<br>番 号 |      | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 |  |  |  |  | 疾 病 名 |  |  |  |  |  |  |

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

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

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 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者 |
|           | <input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。)<br>1 第2子に該当する者<br>2 第3子以降に該当する者<br>※ 在園証明等が必要となります。                                       |
|           | <input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定<br>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。<br>※ 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<br>児 童 氏 名 |       | 個人番号        |      |                   |  |       |  |
| 身体障害者手帳<br>番 号     |       | 療育手帳<br>番 号 |      | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 |  | 疾 病 名 |  |

|                                   |                                                            |                 |  |            |  |  |  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|--|------------|--|--|--|
| サービス利用の<br>状況                     | 障 害 福 祉<br>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<br>支援                        | 支援の種類                                                      |                 |  | 申請に係る具体的内容 |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。） |                 |  |            |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 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。） |                 |  |            |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス                        |                 |  |            |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援                       |                 |  |            |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 |                                                            |                 |  |            |  |  |  |

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    | 〒<br><br>電話番号 |       |  |

|           |                                                                                                                                                                                  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> <b>I 負担上限月額に関する認定</b><br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者 |
|           | <input type="checkbox"/> <b>II 多子軽減措置に関する認定</b><br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。)<br>1 第2子に該当する者<br>2 第3子以降に該当する者<br>※ 在園証明等が必要となります。                                       |
|           | <input type="checkbox"/> <b>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</b><br>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。<br>※ 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     | 〒<br><br>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<br>児 童 氏 名 |       |             | 続 柄  |                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                    |       |             | 個人番号 |                   |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 身体障害者<br>手帳番号      |       | 療育手帳<br>番 号 |      | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 |  |  |  |  |  | 疾病名 |  |  |  |  |  |

|                                   |                                                            |                 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| サービス利用の状況                         | 障 害 福 祉<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 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。） |                 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 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。） |                 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス                        |                 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援                       |                 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 |                                                            |                 |            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|            |        |               |       |  |
|------------|--------|---------------|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名 |               | 医療機関名 |  |
|            | 所在地    | 〒<br><br>電話番号 |       |  |

|           |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者                           |
|           | <input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。)<br>1 第 2 子に該当する者<br>2 第 3 子以降に該当する者<br>※ 在園証明等が必要となります。                                                             |
|           | <input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定<br>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。<br>※ 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     | 〒<br><br>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 |                                                            |                 |  |                   |       |       |  |  |  |
|-----------------------------------|------------------------------------------------------------|-----------------|--|-------------------|-------|-------|--|--|--|
| <p>(あて先)松江市長<br/>次のとおり申請します。</p>  |                                                            |                 |  |                   |       |       |  |  |  |
| <p>申請年月日 年 月 日</p>                |                                                            |                 |  |                   |       |       |  |  |  |
| 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<br>児 童 氏 名                |                                                            | 個人番号            |  | 続 柄               |       |       |  |  |  |
| 身体障害者<br>手 帳 番 号                  |                                                            | 療育手帳<br>番 号     |  | 精神障害者保健<br>福祉手帳番号 |       | 疾 病 名 |  |  |  |
| サービス利用の状況                         | 障 害 福 祉<br>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        |       |       |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 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。） |                 |  |                   |       |       |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 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。） |                 |  |                   |       |       |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス                        |                 |  |                   |       |       |  |  |  |
|                                   | <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援                       |                 |  |                   |       |       |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 |                                                            |                 |  |                   |       |       |  |  |  |

|            |        |               |       |  |
|------------|--------|---------------|-------|--|
| 主治医<br>(※) | 主治医の氏名 |               | 医療機関名 |  |
|            | 所在地    | 〒<br><br>電話番号 |       |  |

|           |                                                                                                                                                                                                     |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(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。)<br>1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者                           |
|           | <input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(あてはまるものに○をつける。)<br>1 第2子に該当する者<br>2 第3子以降に該当する者<br>※ 在園証明等が必要となります。                                                                 |
|           | <input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定<br>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。<br>※ 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) |         |  |
| フリガナ   |                                                                         | 申請者との関係 |  |
| 氏名     |                                                                         |         |  |
| 住所     | 〒<br><br>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。