

○葛城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27年4月1日
規則第25号

葛城市障害者自立支援法施行細則(平成18年葛城市規則第44号)の全部を改正する。

(趣旨)

第1条 この規則は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号。以下「法」という。)の施行に関し、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行令(平成18年政令第10号。以下「政令」という。)及び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規則(平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(用語)

第2条 この規則において使用する用語は、法、政令及び省令において使用する用語の例による。

(介護給付費等の申請)

第3条 省令第7条第1項、第34条の3第1項又は第34条の31第1項に規定する申請書は、(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式第1号)とする。

2 省令第7条第2項第1号の書類は、世帯状況・収入等申告書(様式第1号の2)とする。

(障害支援区分の認定)

第4条 政令第10条第3項に規定する通知は、障害支援区分認定通知書(様式第2号)によるものとする。

2 政令第13条において準用する政令第10条第3項の規定による障害支援区分の変更認定を行ったときの通知は、障害支援区分変更認定通知書(様式第2号の2)によるものとする。

(介護給付費等の支給決定等)

第5条 葛城市福祉事務所長(以下「所長」という。)は、第3条の申請により支給決定等をしたときは、(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)支給(給付)決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書(様式第3号)により申請者に通知するとともに、障害福祉サービス受給者証(様式第4号)、地域相談支援受給者証(様式第4号の2)又は療養介護医療受給者証(様式第5号)(以下これらを「受給者証」という。)を申請者に交付するものとする。

2 所長は、第3条の申請に対し、却下の決定をしたときは、却下決定通知書(様式第6号)を申請者に通知するものとする。

(介護給付費等の変更申請)

第6条 省令第17条又は第34条の44に規定する申請書は、(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書(様式第7号)とする。

(介護給付費等の支給変更決定)

第7条 所長は、前条の申請又は職権により、支給決定の変更の決定を行ったときは、(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書(様式第8号)により申請者に通知するとともに、受給者証を申請者に交付するものとする。

(介護給付費等の支給取消し)

第8条 省令第20条第1項又は第34条の49第1項に規定する通知は、支給(給付)決定取消通知書(様式第9号)によるものとする。

(申請内容の変更の届出)

第9条 省令第22条第1項、第34条の3第4項又は第34条の48第1項に規定する届出書は、申請内容変更届出書(様式第10号)とする。

(受給者証の再交付)

第10条 省令第23条第1項又は第34条の50第1項に規定する申請書は、受給者証再交付申請書(様式第11号)とする。

(特例介護給付費等の申請等)

第11条 省令第31条第1項、第34条の4第1項又は第34条の53第1項に規定する申請書は、(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)支給申請書(様式第12号)とする。

2 所長は、前項の申請により支給の要否を決定したときは、(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)支給(不支給)決定通知書(様式第13号)により申

請者に通知するものとする。

(基準該当障害福祉サービス事業者の申請)

第12条 [法第30条第1項第2号](#)に規定する基準該当障害福祉サービスを行う者は、基準該当障害福祉サービス事業者登録申請書([様式第14号](#))に所長が必要と認める書類を添えて登録の申請を行うものとする。

(基準該当障害福祉サービス事業者の登録)

第13条 所長は、[前条](#)の申請により登録の決定をしたときは、基準該当障害福祉サービス事業者登録決定通知書([様式第15号](#))を申請者に通知するものとする。

2 所長は、[前条](#)の申請に対し、却下の決定をしたときは、基準該当障害福祉サービス事業者登録却下決定通知書([様式第16号](#))を申請者に通知するものとする。

(特例介護給付費等の額)

第14条 特例介護給付費若しくは特例訓練等給付費又は特例地域相支援給付費の額は、[法第30条第3項](#)又は[第51条の15第2項](#)の規定によりその基準とされる額とする。

(介護給付費等の額の特例)

第15条 [法第31条](#)に規定する介護給付費等の額の特例(以下「特例」という。)の適用を受けようとする者は、介護給付費等利用者負担額減額・免除申請書([様式第17号](#))に所長が必要と認める書類を添えて申請するものとする。

2 所長は、[前項](#)の申請があった場合は、適用の可否を決定し、介護給付費等利用者負担額減額・免除(却下)決定通知書([様式第18号](#))を申請者に通知するものとする。

3 [前項](#)の決定における減額要件、免除割合等については[別表](#)のとおりとする。なお、特例の適用期間は、原則として[第1項](#)に規定する申請を行った日の属する月(以下「申請月」という。)から6月又は申請月から当該年度末までの期間のうち、いずれか短い期間とする。

(サービス等利用計画案の提出を求める手続)

第16条 所長は、[法第22条第4項](#)([法第24条第3項](#)の規定において準用する場合を含む。)及び[第51条の7第4項](#)に規定するサービス等利用計画案の提出を求めるときは、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書([様式第18号の2](#))により行うものとする。

(計画相談支援給付費の申請等)

第17条 [省令第34条の54第1項](#)に規定する申請書は、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書([様式第19号](#))とする。

2 所長は、[前項](#)の申請により支給の要否を決定したときは、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給(却下)通知書([様式第20号](#))により申請者に通知するものとする。

(モニタリング期間の変更)

第18条 所長は、計画相談支援給付費に係るモニタリング期間の変更の決定を行ったときは、モニタリング期間変更通知書([様式第20号の2](#))により当該変更の対象者に通知するものとする。

(計画相談支援給付費の支給取消し)

第19条 [省令第34条の55第2項](#)に規定する通知は、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書([様式第21号](#))により申請者に通知するものとする。

(計画相談支援依頼等の届出)

第20条 [第17条第1項](#)により支給の決定を受けた申請者は、計画相談支援を依頼する指定相談支援事業者を決定し、又は変更したときは、計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書([様式第22号](#))を所長に届け出るものとする。

(高額障害福祉サービス等給付費の支給申請等)

第21条 [省令第65条の9の2第1項](#)に規定する申請書は、高額障害福祉サービス等給付費支給申請書([様式第23号](#))とする。

2 所長は、[前項](#)の申請により支給の要否を決定したときは、高額障害福祉サービス等給付費支給(不支給)決定通知書([様式第24号](#))により申請者に通知するものとする。

(契約内容の報告)

第22条 障害福祉サービス事業者及び指定一般相談支援事業者は、受給者証記載事項その他必要な事項に係る報告を契約内容報告書([様式第24号の2](#))により、遅滞なく所長に行わなければならない。

(自立支援医療費の申請)

第23条 [省令第35条](#)第又は1項及び[省令第45条第1項](#)に規定する申請書は、更生医療に係るものであっては自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)([様式第25号](#))とし、育成医療に係るものについては自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)([様式第25号の2](#))

とする。

(自立支援医療費の支給認定等)

第24条 所長は、[前条](#)の申請により支給認定したときは、更生医療に係るものにあつては自立支援医療受給者証(更生医療)([様式第26号](#))を、育成医療に係るものにあつては自立支援医療受給者証(育成医療)([様式第26号の2](#))を申請者に交付するものとする。

2 所長は、[前条](#)の申請に対し、支給認定の却下の決定をしたときは更生医療に係るものにあつては自立支援医療費(更生医療)認定却下通知書([様式第27号](#))を、育成医療に係るものにあつては自立支援医療(育成医療)認定却下通知書([様式第27号の2](#))を申請者に通知するものとする。

(自立支援医療の変更の届出)

第25条 [省令第47条第1項](#)に規定する届出書は、更生医療に係るものにあつては自立支援医療受給者証等記載事項変更届(更生医療)([様式第28号](#))とし、育成医療に係るものにあつては自立支援医療受給者証等記載事項変更届(育成医療)([様式第28号の2](#))とする。

(自立支援医療受給者証の再交付)

第26条 [省令第48条第1項](#)に規定する申請書は、更生医療に係るものにあつては自立支援医療受給者証(更生医療)再交付申請書([様式第29号](#))とし、育成医療に係るものにあつては自立支援医療受給者証(育成医療)再交付申請書([様式第29号の2](#))とする。

(自立支援医療の認定取消し)

第27条 [省令第49条第1項](#)に規定する通知は、更生医療に係るものにあつては自立支援医療費(更生医療)認定取消通知書([様式第30号](#))によるものとし、育成医療に係るものにあつては自立支援医療費(育成医療)認定取消通知書([様式第30号の2](#))によるものとする。

(育成医療の治療材料費に係る承認申請)

第28条 育成医療の治療材料費に係る承認申請は、治療材料費支給申請書([様式第30号の3](#))によるものとする。

(育成医療の看護・移送の支給認定の申請等)

第29条 育成医療の看護・移送の支給認定に係る申請は、看護料・移送費支給申請書([様式第30号の4](#))によるものとする。

2 所長は、[前項](#)の申請により支給を承認したときは、自立支援医療(育成医療)看護料・移送費支給承認書([様式第30号の5](#))を申請者に通知するものとする。

(補装具費の申請)

第30条 [省令第65条の7第1項](#)に規定する申請書は、補装具費(購入・修理)支給申請書([様式第31号](#))とする。

(補装具費の支給決定等)

第31条 所長は、[前条](#)の申請により支給決定したときは、補装具費支給決定通知書([様式第32号](#))により申請者に通知するとともに、補装具費支給券([様式第33号](#))を申請者に交付するものとする。

2 所長は、[前条](#)の申請に対し、却下の決定をしたときは、補装具費支給却下決定通知書([様式第34号](#))を申請者に通知するものとする。

(その他)

第32条 [この規則](#)に定めるもののほか、必要な事項は、所長が別に定める。

附 則

[この規則](#)は、公布の日から施行する。

附 則(平成27年規則第30号)抄

(施行期日)

第1条 この規則は、平成28年1月1日から施行する。

(葛城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改正に伴う経過措置)

第14条 この規則の施行の際、第16条の規定による改正前の葛城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様式による用紙で、現に残存するものは、当分の間、所要の修正を加え、なお使用することができる。

別表(第15条関係)

利用者負担の減免要件	利用者負担の減免割合	添付書類
(1) 支給決定障害者等又はその属する世帯の生計	<ul style="list-style-type: none"> ・ 損害程度が10分の3以上10分の5未満 ・ 前年の世帯の合計所得が500万円以下であると 	<ul style="list-style-type: none"> り ・ 罹災証明書

<p>を主として維持する者が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財その他の財産について著しい損害を受けたとき。(注1)</p>	<p>き 10分の5 ・前年の世帯の合計所得が750万円以下であるとき 10分の3 ・前年の世帯の合計所得が750万円を超えるとき 10分の2</p> <p>・損害程度10分の5以上 ・前年の世帯の合計所得が500万円以下であるとき 10分の10 ・前年の世帯の合計所得が750万円以下であるとき 10分の5 ・前年の世帯の合計所得が750万円を超えるとき 10分の3</p>	<p>・所得を明らかにする書面</p>
<p>(2) 支給決定障害者等の属する世帯の生計を主として維持する者が死亡したこと、又はその者が心身に重大な障害を受け、若しくは長期入院したことにより、その者の収入が著しく減少したとき。(注2)</p>	<p>・前年の世帯の合計所得が50万円以下であるとき 10分の10 ・前年の世帯の合計所得が200万円以下であるとき 10分の5 ・前年の世帯の合計所得が200万円を超えるとき 10分の3</p>	<p>・身体障害者手帳又は身体障害者手帳申請書の写し ・所得を明らかにする書面</p>
<p>(3) 支給決定障害者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等により、著しく減少したとき。(注3)</p>	<p>・前年の世帯の合計所得が50万円以下であるとき 10分の10 ・前年の世帯の合計所得が200万円以下であるとき 10分の5 ・前年の世帯の合計所得が200万円を超えるとき 10分の3</p>	<p>・雇用保険受給資格証明書等 ・廃業書(ない場合は、担当者が調査) ・所得を明らかにする書面</p>
<p>(4) 支給決定障害者等の属する世帯の生計を主として維持する者の収入が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により、収入が著しく減少したとき。</p>	<p>・前年の世帯の合計所得が50万円以下であるとき 10分の10 ・前年の世帯の合計所得が200万円以下であるとき 10分の5 ・前年の世帯の合計所得が200万円を超えるとき 10分の3</p>	<p>・農地を耕作していることを証明する書面 ・所得を明らかにする書面</p>

(注1) 「家財」とは、被服、寝具、日用品、炊事用具及び食器並びに光熱材料をいう。

(注2) 「心身に重大な障害」とは、3級以上の身体障害者手帳を新たに取得した場合又は取得を見込まれる場合をいう。「長期入院」とは、一般病院で3月以上の入院が見込まれる場合をいう。

(注3) 「失業」とは、本人の意思に反して解雇される場合に限る(早期退職優遇制度によるもの、契約期間満了による解雇、定年、自己の都合による退職又は自己の責めに帰すべき理由による解雇は該当しない。)

※ (2)～(4)においては、他の資産を活用することができないこと又は生活保護法の適用にならないこと。

※ 収入が著しく減少したときとは、前年の所得(*1)に比べ当該年の所得(*2)が2分の1以下になった場合又は上記の事由によって世帯合計の収入が、最低生活費(生活保護法参照)に満たなくなった場合

*1・ [地方税法\(昭和25年法律第226号\)第292条第1項第13号](#)に規定する金額(合計所得金額)から、分離課税とされる退職所得金額及び山林所得金額譲渡所得金額を除いた金額をいう。

*2・ [地方税法第292条第1項第13号](#)に規定する金額(合計所得金額)から、分離課税とされる退職所得金額のみを除いた金額をいう。

※ 家屋と家財の両方に損害を受けた場合は、減免割合の大きい方を優先する。ただし、借家の場合は、家財にのみの適用とする。

[様式第1号\(第3条関係\)](#)

様式第1号(第3条関係)

(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

葛城市福祉事務所長 様

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 	生年月日	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
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援(B型)のサービスを申請する者に限る。)				

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	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	年 月 日～ 年 月 日
	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				
		利用中のサービスの種類と内容等				

申請系・その他	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	
日中活動系	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		※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、希望する事業者の種類(指定共同生活援助事業所と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。
	サービス	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護 <input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練) <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労移行支援(養成施設) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)		
居住系	施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)※		
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援			

サービス利用計画又は個別支援計画を作成するため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を、葛城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、介護給付費又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○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の当てはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、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>
	1. 療養介護利用者であること(年令 才)	1. 療養介護利用者であること(年令 才)
	2. 市町村民税非課税世帯の者	
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置)下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注)対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)	
<20歳以上の方>	<20歳未満の方>	
1. 施設入所者であること(年令 才)	1. 施設入所者であること(年令 才)	
2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□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	<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		④	申請者との関係	
住所	〒			
	電話番号 ()			

[様式第1号の2\(第3条関係\)](#)

様式第1号の2(第3条関係)

世帯状況・収入等申告書

葛城市福祉事務所長 様

申告年月日 年 月 日

申告者(保護者)住所

(保護者)氏名 ㊦

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について(利用者が18歳以上の場合は、申請者と配偶者のみ記入してください。)

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

2 申請者の収入の状況について

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

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況 収入

(A)年取

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

(B)必要経費

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者	
氏名	㊦	との関係	
住所	〒 電話番号 ()		

(記入上の注意)

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

[様式第2号\(第4条関係\)](#)

様式第2号(第4条関係)

第 号
年 月 日

様

葛城市福祉事務所長



障害支援区分認定通知書

年 月 日付けの介護給付費等の支給申請に基づき、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第21条の規定により、下記のとおり障害支援区分の認定を行ったので通知します。

記

氏 名		認定年月日	
障害支援区分	①区分() ②非該当 審査会から特別な意見		
障害者支援区分の有効期間			
(留意事項)			
1 上記の障害支援区分の結果や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。			
2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。			
3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。			

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、奈良県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

課

[様式第2号の2\(第4条関係\)](#)

様式第2号の2 (第4条関係)

第 号
年 月 日

様

葛城市福祉事務所長



障害支援区分変更認定通知書

年 月 日付けの(支給申請・支給決定の変更申請)に基づき(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第21条・第24条)の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

受給者証 番号		支給決定障害者氏名	
認定年月日			

障害支援区分	変更前	①区分() ②非該当
	変更後	①区分() ②非該当
	審査会からの特別な意見	
障害支援区分 の有効期間		
(留意事項) 1 上記の障害支援区分の結果や申請者のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。 2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。 3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、奈良県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

課

[様式第3号\(第5条関係\)](#)

様式第3号(第5条関係)

第 年 月 日

様

葛城市福祉事務所長

(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(給付)決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

に申請のありました((介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)の支給)及び(利用者負担額減額・免除等)について、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第22条(及び)第29条)(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第34条)(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の7及び第51条の14)の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

支給(給付)決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給(給付)量	有効期間

療養介護医療	公費負担者番号	公費受給者番号
	養育介護医療(食事療養(生活療養)を除く。)の負担上限月額 月額 円 上限額の適用期間	食事療養(生活療養)の負担上限月額 月額 円

障害福祉サービス受給者証番号	地域相談支援受給者証番号		
支給(給付)決定障害者(保護者)氏名	支給決定に係る児童氏名		
障害支援区分	支給(給付)決定年月日	障害支援区分の有効期間	～
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	～
特定障害者特別給付費(施設入所支援)	日額 円	左の給付費の適用期間	～
特定障害者特別給付費(共同生活訓練・重度障害者等包括支援)	月額 円	左の給付費の適用期間	～

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、奈良県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときにを除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

課

様式第4号(第5条関係)

様式第4号(第3条関係)

(一)		(二)		(三)	
障害福祉サービス受給者証		介護給付費の支給決定内容		サービス種別	
受給者証番号		障害支援区分		サービス種別	
支給決定障害者等	居住地	認定有効期間		支給量等	
	フリガナ	サービス種別		支給決定期間	
	氏名	支給量等		サービス種別	
	生年月日	支給決定期間		支給量等	
児童	フリガナ	サービス種別		支給決定期間	
	氏名	支給量等		サービス種別	
生年月日	年 月 日	支給決定期間		支給量等	
障害種別		サービス種別		支給決定期間	
交付年月日	年 月 日	支給決定期間		サービス種別	
支給市町村名 及び印		支給量等		支給決定期間	
		支給決定期間		サービス種別	
		サービス種別		支給量等	
		支給決定期間		支給決定期間	
		子償額			

(四)		(五)		(六)	
訓練等給付費の支給決定内容		経費相談支援給付費の支給内容		利用者負担に関する事項	
認定有効期間		支給額		負担上限 月額	
サービス種別		認定相談支援事業所名		適用期間	
支給量等		モニタリング期間		食事提供体制加算対象者	
支給決定期間		子償額		適用期間	
サービス種別		特定障害者特別給付費の支給内容		利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
支給量等		施設入所支援		利用者負担上限額管理事業所名	
支給決定期間		支給額	円/日	特記事項欄	
サービス種別		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
支給量等		共同生活援助又は重度障害者等包括支援			
支給決定期間		支給額	円/月		
子償額		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
		子償額			

(七)		(八)	
訓練系サービス事業者記入欄		訓練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		事業者確認印
	契約支給額 月 期間 分		
	契約日 年 月 日		
2	当該契約支給額によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの提供実績		
	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
3	契約支給額 月 期間 分		
	契約日 年 月 日		
	当該契約支給額によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの提供実績		
4	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給額		
	契約日 年 月 日		
5	当該契約支給額によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの提供実績		
	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
6	契約支給額		
	契約日 年 月 日		
	当該契約支給額によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの提供実績		

(九)		(十)		(十一)	
新規入居事業者基礎記入欄		生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援事業者記入欄		療養介護、高齢生活援助、施設入居支援事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	実施日	日 月 年	事業者及びその事業所の名称	入居(移行)日
2				事業者確認印	
3				事業者確認印	
4				事業者確認印	
5				事業者確認印	
6				事業者確認印	
7				事業者確認印	
8				事業者確認印	
9				事業者確認印	
10				事業者確認印	
11				事業者確認印	
12				事業者確認印	

(十二) 注意事項	(十三) 注意事項
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。</p> <p>2 指定障害福祉サービス等又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。</p> <p>4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をふまけて政令で定める額(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割相当を超過するときは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1月当たりの上限となります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています)。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額及び特定障害者特例給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の特例に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。</p> <p>6 支給決定期間が経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p>	<p>7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。(サービスの種類によっては、障害支援区分の(変更)認定を受ける必要があります。)</p> <p>8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。</p> <p>10 この証を滅失したり、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。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。</p> <p>12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p> <p>13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。</p>

様式第4号の2(第5条関係)

様式第4号の2(第5条関係)

(一) 地域相談支援受給者証	(二) 地域相談支援給付費の給付決定内容	(三) 一般相談支援事業者記載欄																
<p>受給者証番号</p> <p>地域相談支援給付決定障害者 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">居住地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table> </p> <p>障害種別</p> <p>交付年月日 年 月 日</p> <p>支給市町村名 及び印</p>	居住地		フリガナ		氏名		生年月日	年 月 日	<p>地域相談支援の種類</p> <p>地域相談支援給付量等</p> <p>地域相談支援給付決定期間 年 月 日から 年 月 日まで</p> <p>地域相談支援の種類</p> <p>地域相談支援給付量等</p> <p>地域相談支援給付決定期間 年 月 日から 年 月 日まで</p> <p>予備欄</p>	<p>提供する地域相談支援の種類</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td rowspan="2">事業者及びその事業所の名称</td> <td>契約日 サービス提供終了日</td> <td rowspan="2">事業者 確認印</td> </tr> <tr> <td>年 月 日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2"></td> <td>契約日 サービス提供終了日</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>年 月 日 年 月 日</td> </tr> </table> <p>予備欄</p>	事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日	事業者 確認印	年 月 日 年 月 日		契約日 サービス提供終了日		年 月 日 年 月 日
居住地																		
フリガナ																		
氏名																		
生年月日	年 月 日																	
事業者及びその事業所の名称	契約日 サービス提供終了日	事業者 確認印																
	年 月 日 年 月 日																	
	契約日 サービス提供終了日																	
	年 月 日 年 月 日																	

(四)		(五)
計画相談支援給付費の支給内容		注意事項
支給期間	年 月 から 年 月 まで	1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。 2 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。 3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を超過する前に、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。 4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 5 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。 6 この証を破損したり、汚したり、又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。 7 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 8 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰される場合があります。 9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。
認定特定相談支援事業所名		
モニタリング期間		
手続欄		

様式第5号(第5条関係)

様式第5号(第5条関係)

療養介護医療受給者証				注意事項	
公費負担者番号				1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。 2 療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。 3 療養介護医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が1月当たりの上限になります。(※医療型個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。) 4 療養介護医療の負担上限月額は毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。 5 療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。 6 この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。 7 支給決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。 8 この証を破損したり、汚したり、又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。 9 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。 10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰される場合があります。	
公費受給者番号					
支給決定障害者	フリガナ				
	居住地				
	フリガナ	生年月日			
	氏 名	年 月 日			
	被保険者証の記号及び番号	保険者名			
		及び番号			
負担上限月額	療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)	月額	円		
	食事療養(生活療養)	月額	円		
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで				
交付年月日	年 月 日				
支給市町村名及び印					

様式第6号(第5条関係)

様式第6号(第5条関係)

第 年 月 日 号

様

葛城市福祉事務所長



却下決定通知書

に申請のありました(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)の支給(及び)(利用者負担額減額・免除等)については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に對し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、奈良県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

課

[様式第7号\(第6条関係\)](#)

様式第7号(第6条関係)

(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

葛城市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

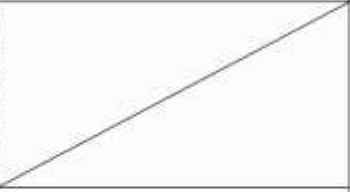

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号 	生年月日	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
被保険者証の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	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	年 月 日～ 年 月 日
	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				
		利用中のサービスの種類と内容等				

変更の理由	
-------	--

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		
変更申請するサービス	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護 <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護 <input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練) <input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)
				<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型) <input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)
		居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)※
	※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、希望する事業者の種類(指定共同生活援助事業所と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。			
サービス利用計画又は個別支援計画を作成するため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を、葛城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	主治医の氏名		医療機関名	
治	所在地	〒		
医		電話番号		

(※)主治医の欄は、介護給付費を申請する場合記入すること。

申 請 す る 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○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の当てはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満)に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、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(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1. 療養介護利用者であること(年令 才)
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注)対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	<20歳未満の方> 1. 施設入所者であること(年令 才)
<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。		
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□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	<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		①	申請者との関係
住所	〒		
	電話番号 ()		

様式第8号(第7条関係)

様式第8号(第7条関係)

第 年 月 日

様

葛城市福祉事務所長 印

(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)
支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

に申請のありました(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)の支給変更)及び(利用者負担額減額・免除等の変更)について、(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第22条(及び)第29条)(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第34条)(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の7及び第51条の14)の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番号		支給決定障害者(保護者)氏名
変更年月日		支給決定に係る児童氏名
変更の内容	変更前	
	変更後	

受給者証を 提出先 課 に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出期限

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、奈良県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先 課

様式第9号(第8条関係)

様式第9号（第8条関係）

第 年 月 日

様

葛城市福祉事務所長

印

支給（給付）決定取消通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第25条第1項及び第51条の10第1項の規定により、下記のとおり支給（給付）決定を取り消しましたので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証番号		地域相談支援 受給者証番号	
支給（給付）決定障 害者（保護者）氏名		支給決定に係る 児童氏名	
支給（給付） 決定取消日			
取 消 理 由			

受給者証を 返還先 課 に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返 還 期 限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、奈良県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として（訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときに除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先
課

[様式第10号\(第9条関係\)](#)

様式第10号(第9条関係)

申請内容変更届出書

葛城市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給(給付)決定障害者(保護者)氏名	個人番号 ㊦		
居住地	〒 ー 電話番号 ()		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号	生年月日	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給(給付)決定障害者等(本人) <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		本人と
氏名	㊦	の関係
住所	〒 ー 電話番号 ()	

変更事項 (該当に○をして下さい。)	支給(給付)決定障害者等に関すること。	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童に関すること。	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	その他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

[様式第11号\(第10条関係\)](#)

様式第11号(第10条関係)

受給者証再交付申請書

葛城市福祉事務所長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1 障害福祉サービス受給者証 2 地域相談支援受給者証 3 療養介護医療受給者証	受給者証番号																		
---------	--	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給(給付)決定障害者(保護者)氏名	個人番号 ㊦		
居住地	〒 ー 電話番号 ()		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号	生年月日	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給(給付)決定障害者等(本人)	<input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)
フリガナ		本人との関係
氏名	㊦	
住所	〒 ー 電話番号 ()	

申請の理由	1 紛失 2 破損 3 その他
	具体的な状況 []

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)

[様式第12号\(第11条関係\)](#)

様式第12号(第11条関係)

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

【 分】

葛城市福祉事務所長 様

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)の支給を申請します。

フリガナ			障害福祉サービス受給者証番号			
申請者氏名	個人番号	⑩				
			地域相談支援受給者証番号			
申請者生年月日	年 月 日					
居住地	〒 ー					
フリガナ			生年月日	年 月 日	続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号					
特例介護給付費・特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費 請求額			円			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)					
フリガナ			申請者			
氏名	⑩		との関係			
住所	〒 ー 電話番号 ()					

上記に関する(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他	
	金融機関コード		店舗コード		口座番号		
	フリガナ						
	口座名義人						

(注意)この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考

様式第13号(第11条関係)

様式第13号(第11条関係)

第 号
年 月 日

様

葛城市福祉事務所長 印

(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)支給(不支給)決定通知書

年 月 日に申請のありました(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費)の支給について(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第30条・第35条・第51条の15)の規定に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証番号		地域相談支援 受給者証番号	
申請者氏名			

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

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、奈良県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

課

[様式第14号\(第12条関係\)](#)

様式第14号(第12条関係)

基準該当障害福祉サービス事業者登録申請書

年 月 日

葛城市福祉事務所長 様

所在地
申請者 名称
(設置者) 代表者

㊟

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する基準該当障害福祉サービス事業者の登録を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者	フリガナ			
	名称			
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市	
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	代表者の職・氏名		職名	フリガナ 氏名
	代表者の住所		(郵便番号 —) 県 郡・市	
	登録を受けようとする事業所	フリガナ		
名称				
事業所の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市		
登録を受けようとする事業の種類		事業開始予定年月日	備考	

様式第15号(第13条関係)

様式第15号(第13条関係)

第 号
年 月 日

様

葛城市福祉事務所長 印

基準該当障害福祉サービス事業者登録決定通知書

年 月 日に申請のあった基準該当障害福祉サービス事業者の登録に係る申請につきましては、下記のとおり登録の決定をしましたので通知します。

記


基準該当事業者名	
代表者氏名	
事業所所在地	
基準該当障害福祉サービス名	
事業者番号	
登録年月日	

[様式第16号\(第13条関係\)](#)

様式第16号(第13条関係)

第 号
年 月 日

様

葛城市福祉事務所長 

基準該当障害福祉サービス事業者登録却下決定通知書

年 月 日に申請のあった基準該当障害福祉サービス事業者の登録に係る申請につきましては、却下することとなりましたので通知します。

記

却下理由

教示事項

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、葛城市長に対して異議申し立てをすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると異議申し立てをすることができなくなります。)

この決定の取消を求める訴え(取消訴訟)は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表するものは葛城市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

[様式第17号\(第15条関係\)](#)

様式第18号（第15条関係）

第 号
年 月 日

介護給付費等利用者負担額減額・免除（却下）決定通知書

様

葛城市福祉事務所長



先に申請のありました利用者負担額の減額・免除については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者証番号		申請者氏名	
決定年月日	年 月 日		
決定の内容	<input type="checkbox"/> 減額・免除を認定する。 <input type="checkbox"/> 減額・免除を認定しない。		
減額・免除の内容	適用年月日	年 月 日	
	有効期限	年 月 日	
	減額・免除の率	/100	
認定しない理由			

教示

・不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として（訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

課

[様式第18号の2\(第16条関係\)](#)

様式第18号の2 (第16条関係)

年 月 日

様

葛城市福祉事務所長



サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(第22条第4項・第24条第3項・第51条の7第4項)・児童福祉法(第21条の5の7第4項・第21条の5の8第3項)の規定に基づき、支給(給付)要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。

提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

- ・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書
※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要
- ・計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書
※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援・障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要

提出先

課

住所

電話番号

提出期限

年 月 日

[様式第19号\(第17条関係\)](#)

様式第19号(第17条関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

葛城市福祉事務所長 様

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
	申請に係る児童氏名	個人番号	続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者	
氏名	㊦	との関係	
住所	〒 — 電話番号 ()		

様式第20号(第17条関係)

様式第20号(第17条関係)

第 年 月 日

様

葛城市福祉事務所長

印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給(却下)通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項・児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証番号		地域相談支援 受給者証番号	
通所受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る 児童氏名	
支給の可否	可 ・ 否		
支給する	支給期間	～	
	モニタリング 期間		
支給しない	支給しない 理由		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に葛城市長に対し異議申立てをすることができます。なお、異議申立てをした場合には、葛城市長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に限り、葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります)。

問い合わせ先

課

[様式第21号\(第19条関係\)](#)

様式第21号(第19条関係)

第 年 月 日

様

葛城市福祉事務所長

印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項・児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので 通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証番号		地域相談支援 受給者証番号	
通所受給者証番号			
支給取消に係る 障害者(保護者)		支給取消に係る 児童氏名	
支給取消日			
取消理由			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証提出先及び 提出期限	提出先： 提出期限：		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に葛城市長に対し異議申立てをすることができます。なお、異議申立てをした場合には、葛城市長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に限り、葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立て に対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

問い合わせ先

課

様式第22号(第20条関係)

様式第22号(第20条関係)

計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

葛城市福祉事務所長 様

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名			年	月	日
	居住地	〒 —				
	フリガナ		生年月日	年	月	日
	申請に係る児童氏名		続柄			

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住所	電話番号 ()

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

変更年月日 年 月 日

[様式第23号\(第21条関係\)](#)

様式第23号(第21条関係)

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

葛城市福祉事務所長 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ			①障害者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②児童福祉法③介護保険法																	
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	個人番号	⑩	制度	受給者証番号・被保険者証番号																
生年月日	年 月 日																			
居住地	〒		—																	
フリガナ			続柄																	
支給決定に係る 児童氏名			生年月日	年 月 日																
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額													申請に係る サービス 利用月							
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額																				
同一世帯に属する他の 支給決定障害者等	氏名	生年月日	①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②児童福祉法③介護保険法																	
	個人番号		制度	受給者証番号・被保険者証番号																
	個人番号																			
	個人番号																			

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- (注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店出 張所		種目	口座番号														
	金融機関コード		店舗コード		1普通預金															
					2当座預金															
	フリガナ				3その他															
口座名義人																				

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)	
フリガナ		
氏名	⑩	申請者との関係
住所	〒 —	
電話番号 ()		

様式第24号(第21条関係)

様式第24号(第21条関係)

第 号
年 月 日

様

葛城市福祉事務所長



高額障害福祉サービス等給付費支給(不支給)決定通知書

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第76条の2に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障害者 (保護者)氏名		受給者 証番号									
支給決定に係る 児童氏名											

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	年 月分
支給	・する ・しない	支給金額	円
不支給の理由			

振込先	金融機関										
	口座種目										
	口座番号										
	口座名義人										

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に奈良県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、奈良県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

課

[様式第24号の2\(第22条関係\)](#)

様式第24号の2(第22条関係)

(居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、短期入所、生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、地域移行支援、地域定着支援)契約内容(障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証記載事項)報告書

年 月 日

様

事業者番号
事業者及びその事業所の名称 代表者	

下記のとおり当事業者との契約内容(障害福祉サービス受給者証・地域相談支援受給者証記載事項)について報告します。

記

報告対象者

障害福祉サービス 受給者証番号	地域相談支援 受給者証番号
支給(給付)決定障 害者(保護者)氏名		支給決定に係る 児童氏名	

契約締結又は契約内容変更による契約支給量等の報告

受給者証の事業者 記入欄の番号	サービス内容	契約支給量	契約日(又は契約支 給量を変更した日)	理 由
				<input type="checkbox"/> 1新規契約
				<input type="checkbox"/> 2契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1新規契約
				<input type="checkbox"/> 2契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1新規契約
				<input type="checkbox"/> 2契約の変更
				<input type="checkbox"/> 1新規契約
				<input type="checkbox"/> 2契約の変更

既契約の契約支給量によるサービス提供を終了した報告

サービス提供を終了する 事業者記入欄の番号	サービス提供終了日	提供終了月中の終了日 までの既提供量	既契約の契約支給量でのサー ビス提供を終了する理由
			<input type="checkbox"/> 1契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2契約の変更
			<input type="checkbox"/> 1契約の終了
			<input type="checkbox"/> 2契約の変更

様式第25号(第23条関係)

様式第25号(第23条関係)

自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1							
障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年 月 日
	フリガナ 受診者住所					電話番号	
	個人番号						
未 満 の 場 合	フリガナ 保護者氏名					受診者との 関係	
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2	
	保護者個人番号						
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の被保険者証 の記号及び番号		保険者名				
	受診者と同一保険 の加入者		受診者と同一保険 の加入者個人番号				
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継 続※4	該当・非該当			
身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉 手帳番号					
受診を希望する指定自立支 援医療機関(薬局・訪問看 護事業者を含む)	医 療 機 関 名		所在地・電話番号				
受給者番号 ※5							
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 <input checked="" type="checkbox"/> ※6 年 月 日 葛城市福祉事務所長 様							

- ※1 新規・再認定・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。
 ※2 受診者本人と異なる場合に記入
 ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
 ※5 再認定又は変更の方のみ記入。
 ※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ 継続		該当・非該当	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ 継続		該当・非該当	
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
備考					

様式第25号の2(第23条関係)

様式第25号の2(第23条関係)

自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更) ※1						
受 診 者	フリガナ 氏名		性別	男・女	年齢	歳 生年月日 年月日
	フリガナ 住所				電話番号	
	個人番号					
保 護 者	フリガナ 氏名				受診者との 関係	
	フリガナ 住所 ※2				電話番号 ※2	
	保護者個人番号					
負 担 額 に 関 す る 事 項	受診者の被保険者 証の記号及び番号		保険者名			
	受診者と同一保険 の加入者		受診者と同一保険 の加入者個人番号			
	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			高額治療継続者 ※4	該当・非該当
	身体障害者手帳番号		精神障害者保健 福祉手帳番号			
受診を希望する指定 自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事業者 を含む。)	医療機関名			所在地・電話番号		
受給者番号※5						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者氏名 ① ※6 年 月 日 葛城市福祉事務所長 様						

※1 新規・再認定・変更(自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合)のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入

※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

※5 再認定の方のみ記入

※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			高額治療 継続者	該当・非該当
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			高額治療 継続者	該当・非該当
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()				
前回の受給者番号		今回の受給者番号			
認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
備考					

様式第26号(第24条関係)

様式第26号（第24条関係）

(表)

自立支援医療受給者証（更生医療）			
公費負担者番号			
自立支援医療費受給者番号			
受診者	フリガナ		性別 生年月日
	氏名		男・女 年 月 日
	フリガナ		
	住所		
	被保険者証の記号及び番号		保険者名
	重度かつ継続		該当・非該当
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	住所		
指定医療機関名	病院・診療所		所在地・電話番号
	薬局		所在地・電話番号
	訪問看護事業者		所在地・電話番号
自己負担上限額	月額		円
有効期間		年 月 日 から	年 月 日 まで
上記のとおり認定する。			
	年 月 日	葛城市福祉事務所長	印

(裏)

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特定疾病療養受療証	有 ・ 無

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。

[様式第26号の2\(第24条関係\)](#)

様式第26号の2 (第24条関係)

(表)

自立支援医療受給者証(育成医療)			
公費負担者番号			
自立支援医療費受給者番号			
受診者	フリガナ		性別 生年月日
	氏名		男・女 年 月 日
	フリガナ		
	住所		
	被保険者証の記号及び番号		保険者名
	高額治療継続者		該 当 ・ 非 該 当
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ		続柄
	氏 名		
	フリガナ		
	住 所		
指定医療機関名	病院・診療所		所在地・電話番号
	薬局		所在地・電話番号
	訪問看護事業者		所在地・電話番号
自己負担上限額	月額	円	
有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
上記のとおり認定する。			
年 月 日		葛城市福祉事務所長 	

(裏)

自立支援医療受給者証(対象となる障害名及び医療の具体的方針)		
公費負担の対象となる障害		高額治療 継続者 該当・非該当
医療の具体的方針		
特定疾病療養受療証	有・無	

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出すること。

[様式第27号\(第24条関係\)](#)

様式第27号(第24条関係)

第 年 月 日 号

自立支援医療費(更生医療)認定却下通知書

申請者 様

葛城市福祉事務所長 印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条第1項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

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

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に葛城市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内
に限り、葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)提起
することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、
この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することが
できなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立
てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた
日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対
する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その異議申立てに対す
る決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができ
なくなります。))。

[様式第27号の2\(第24条関係\)](#)

様式第27号の2 (第24条関係)

第 年 月 日

自立支援医療費(育成医療)認定却下通知書

申請者 様

葛城市福祉事務所長 印

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第58条第1項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

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

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に葛城市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内
に限り、葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)提起
することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、
この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することが
できなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立
てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた
日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対
する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その異議申立てに対す
る決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができ
なくなります。))。

[様式第28号\(第25条関係\)](#)

様式第28号(第25条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(更生医療)				
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	住所			
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ			続柄
	氏名			
	フリガナ			
	住所			
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号・ 個人番号)			
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号・ 個人番号)			
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者・受診 者と同一の加入者個人番号)			
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号			
備 考				
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。				
届出者氏名		㊟		
年 月 日		葛城市福祉事務所長 様		

※ 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書(変更)に記載すること。

様式第28号の2(第25条関係)

様式第28号の2(第25条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届(育成医療)				
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	年月日
	フリガナ			
	住所			
保 護 者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	フリガナ			
	住所			
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間		年月日から年月日まで		
変 更 内 容	事項	変更前	変更後	
	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号・ 個人番号)			
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号・ 個人番号)			
	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者・受診 者と同一の加入者個人番号)			
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号			
備考				
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。				
届出者氏名		Ⓜ		
年月日		葛城市福祉事務所長 様		

※ 自己負担上限額(所得区分及び高額治療継続者該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(育成医療)支給認定申請書(変更)に記載すること。

様式第29号(第26条関係)

様式第29号(第26条関係)

自立支援医療受給者証(更生医療)再交付申請書

年 月 日

葛城市福祉事務所長 様

申請者 住所

氏名

個人番号

(TEL. — —)

下記のとおり申請します。

申請理由	1 紛失 2 破損 3 その他()					
受診者氏名 個人番号						
生年月日	年 月 日					
住所						
受給者番号						
病院						
薬局						
医療方針						
有効期間	年 月 日～ 年 月 日					
備考						

[様式第29号の2\(第26条関係\)](#)

様式第29号の2(第26条関係)

自立支援医療受給者証(育成医療)再交付申請書

年 月 日

葛城市福祉事務所長 様

申請者 住所

氏名

個人番号

(TEL. — —)

下記のとおり申請します。

申請理由	1 紛失 2 破損 3 その他()					
受診者氏名 個人番号						
生年月日	年 月 日					
住所						
受給者番号						
病院						
薬局						
医療方針						
有効期間	年 月 日～ 年 月 日					
備考						

[様式第30号\(第27条関係\)](#)

様式第30号(第27条関係)

第 号
年 月 日

自立支援医療費(更生医療)認定取消通知書

様

葛城市福祉事務所長



障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第57条第1項の規定により、下記のとおり自立支援医療の認定を取り消しましたので通知します。

取消理由

医療受給者証を 課に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 課
返還期限 年 月 日

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に葛城市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内
に限り、葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)提起
することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、
この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起すること
ができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申
立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた
日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対
する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その異議申立てに対
する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起すること
ができなくなります。))。

[様式第30号の2\(第27条関係\)](#)

様式第30号の2 (第27条関係)

第 年 月 日

自立支援医療費(育成医療)認定取消通知書

様

葛城市福祉事務所長



障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第57条第1項の規定により、下記のとおり自立支援医療の認定を取り消しましたので通知します。

取消理由

医療受給者証を 課に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 課
返還期限 年 月 日

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に葛城市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内
に限り、葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表する者は葛城市長となります。)提起
することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、
この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起すること
ができなくなります。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申
立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた
日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます(なお、その異議申立てに対
する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その異議申立てに対
する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起すること
ができなくなります。))。

[様式第30号の3\(第28条関係\)](#)

様式第30号の3 (第28条関係)

治療材料費支給申請書

年 月 日

葛城市福祉事務所長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
本人との続柄()
電話番号

自立支援医療費 受給者番号		交 付 年 月 日	
本人の氏名・性別		生 年 月 日	
病名及び不自由 の 状 況			
申 請 の 理 由			
申 請 額			
指定自立支援医療機 関の担当医師の意見	(意見)		
	指定自立支援医療機関の名称 担当医師の氏名 ⑩		

注 次の書類を添付してください。

- 1 保険者が発行した治療材料の購入に必要とした費用についての療養費支給決定証明書
又は療養費支給決定通知書の写し
- 2 治療材料の購入に必要とした費用についての領収書の写し
- 3 その他知事が必要と認める書類

[様式第30号の4\(第29条関係\)](#)

様式第30号の4 (第29条関係)

看護料・移送費支給申請書

年 月 日

葛城市福祉事務所長 様

申請者 住所
氏名 ⑩
本人との続柄()
電話番号

自立支援医療を受ける児童の氏名		自立支援医療費受給者番号
担当 医師 の 意 見	看護を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで(日間)
	移送 移送区間	から まで
	移送方法及び利用交通機関	
	移送年月日	年 月 日
	看護又は移送を必要と認める理由	
費用額	看護料 円 移送費 円	
年 月 日		担当医師氏名 ⑩

注 次の書類を添付してください。

- 1 保険者が発行した看護又は移送に必要とした費用についての療養費支給決定証明書又は療養費支給決定通知書の写し
- 2 看護又は移送に必要とした費用についての領収書の写し
- 3 その他知事が必要と認める書類

[様式第30号の5\(第29条関係\)](#)

様式第30号の5 (第29条関係)

自立支援医療費 (育成医療)		看護料		支給承諾書	
		移送費			
公費負担者番号		受診者氏名			
受給者番号					
看護を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで				
移送	区間				
	方法				
	移送年月日	年 月 日	費用見込額	円	
<p>上記のとおり看護料・移送費の支給を承認します。</p> <p>年 月 日</p> <p>様</p> <p>葛城市福祉事務所長 印</p>					

[様式第31号\(第30条関係\)](#)

様式第31号(第30条関係)

補装具費(購入・修理)支給申請書

葛城市福祉事務所長 様		年 月 日			
		(申請者) 住 所 氏 名 個人番号 対象者との続柄 電 話			
<p>下記のとおり補装具費の支給申請(購入・修理)をいたします。 補装具費の支給申請(購入・修理)の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。また、個人番号の提供がない場合は、職員が検索し記載することに同意します。</p>					
対 象 者	住 所				
	フリガナ 氏 名	個人番号()			
	生年月日	年 月 日	性 別	電 話	
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日	
	障 害 種 別			障 害 等 級	
購入・修理を受ける 補装具名					
判定予定日					
希望する 補装具業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話		FAX		
該当する所得区分	生活保護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上				
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。				
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。				

様式第32号(第31条関係)

様式第32号(第31条関係)

補装具費支給決定通知書

年 月 日

様

葛城市福祉事務所長



標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生年月日	年 月 日	性別		電話		
支 給 番 号				支給決定日	年 月 日		
決 定 内 容							
補装具業者	名称						
	所在地						
	電話						
基準額		見積額	利用者負担額		公費負担額		
円		円					
月額負担上限額							
円				円		円	
<p>教示事項</p> <p>この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、葛城市長に対して異議申し立てをすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると異議申し立てをすることができなくなります。)</p> <p>この決定の取消を求める訴え(取消訴訟)は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、葛城市を被告として(訴訟において葛城市を代表するものは葛城市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)</p>							

[様式第33号\(第31条関係\)](#)

様式第33号(第31条関係)

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号	第 号	支 給 決 定 日	年 月 日		
氏 名		生 年 月 日	年 月 日		
住 所					
保 護 者 氏 名				続 柄	
補 装 具 の 名 称			修 理 部 位		
処 方					
補 装 具 業 者	名 称				
	所 在 地				
	電 話				
基 準 額	見 積 額	利 用 者 負 担 額	公 費 負 担 額		
円	円				
月 額 負 担 上 限 額			円	円	
			円		
上記のとおり決定する。 年 月 日					
葛城市福祉事務所長 印					
業 者 の 支 払 請 求 期 限	年 月 日				
適 合 判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 員 職 氏 名	印		
受 領 年 月 日	年 月 日	受 領 者 氏 名	印	本 人 と の 関 係	


[様式第34号\(第31条関係\)](#)

様式第34号（第31条関係）

第 号
年 月 日

補装具費支給却下決定通知書

様

葛城市福祉事務所長 

年 月 日に申請された補装具費の支給申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

教 示

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、葛城市長に対して異議申し立てをすることができます。（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると異議申し立てをすることができなくなります。）

この決定の取消を求める訴え（取消訴訟）は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、葛城市を被告として（訴訟において葛城市を代表するものは葛城市長となります。）提起することができます。（なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）