

東かがわ市規則第23号

東かがわ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をここに公布する。

令和7年12月23日

東かがわ市長

上村一郎

東かがわ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

東かがわ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（令和5年東かがわ市規則第36号）の一部を次のように改正する。
次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
（高額障害福祉サービス等給付費の支給申請） 第19条 高額障害福祉サービス等給付費の支給に係る、施行規則第65条の9の2第1項の規定による申請については施行令第47条第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第21号）により、施行規則第65条の9の2第3項の規定による申請は施行令第47条第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第21号の2）により行うものとする。 （高額障害福祉サービス等給付費の支給決定） 第20条 保健福祉事務所長は、前条に規定する申請書及び施行規則第65条の9の2第2項又は第4項の規定による添付書類（これらの項のただし書の規定により省略させる場合を除く。）の提出があったときは、速やかにその内容を審査して高額障害福祉サービス等給付費の支給の要否を決定し、同条第1項の規定による申請については施行令第47条第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給決定通知書（様式第22号）により、施行規則第65条の9の2第3項の規定による申請については施行令第47条第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給決定通知書（様式第22号の2）によりこれらの申請を行った者に通知するものとする。	（高額障害福祉サービス等給付費の支給申請） 第19条 高額障害福祉サービス等給付費の支給に係る、施行規則第65条の9の2第1項の規定による申請については施行令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第21号）により、施行規則第65条の9の2第3項の規定による申請は施行令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第21号の2）により行うものとする。 （高額障害福祉サービス等給付費の支給決定） 第20条 保健福祉事務所長は、前条に規定する申請書及び施行規則第65条の9の2第2項又は第4項の規定による添付書類（これらの項のただし書の規定により省略させる場合を除く。）の提出があったときは、速やかにその内容を審査して高額障害福祉サービス等給付費の支給の要否を決定し、同条第1項の規定による申請については施行令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給決定通知書（様式第22号）により、施行規則第65条の9の2第3項の規定による申請については施行令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給決定通知書（様式第22号の2）によりこれらの申請を行った者に通知するものとする。

改正後

様式第21号（第19条関係）

施行令第47条第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり関係書類を添え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施行令第47条第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

フリガナ			①障害者総合支援法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)			制度	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	年 月 日		①	
個人番号			②	
居住地	〒		③	
フリガナ			電話番号	
支給決定に係る児童氏名	続柄		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	年 月 分
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	氏名	生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法	制度
	個人番号		①	
	個人番号		②	
	個人番号		③	
	個人番号		①	
	個人番号		②	
	個人番号		③	

申請年月日 年 月 日

(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。

受取口座	☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 ☐ 以下の口座を振込先とする。			
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	
			4 貯蓄預金	
			9 その他	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人カナ			
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	

改正前

様式第21号（第19条関係）

施行令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり関係書類を添え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施行令第43条の5第1項に規定する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障害者総合支援法 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)	制度 受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	
居住地	〒
フリガナ	電話番号
支給決定に係る児童氏名	続柄 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	円 申請に係るサービス利用月 年 月 分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額	円
同一世帯に属する他の	氏名
	生年月日
	①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法
	制度 受給者証番号・被保険者証番号
	個人番号
	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ください。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 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 9 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			
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	

改正後

改正前

令第四十三条の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書【別紙】

フリガナ 申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)		受給者証番号	
同一世帯に属する他の 支給決定障害者	氏名	生年月日	(1)障害者総合支援法 (2)児童福祉法 (3)介護保険法 制度
			受給者証番号・被保険者証番号
	個人番号:		
	個人番号:		
	個人番号:		
	個人番号:		
	個人番号:		
	個人番号:		
	個人番号:		
	個人番号:		

改正後

様式第21号の2（第19条関係）

施行令第47条第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり関係書類を添え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施行令第47条第6項に規定する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障害者総合支援法 ②介護保険法										
申請者氏名											制度	受給者証番号・被保険者証番号									
生年月日	年 月 日										①										
個人番号											②										
居住地	〒																				
電話番号																					
フリガナ	生年月日					個人番号															
配偶者氏名																					
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額（注）	申請に係るサービス利用月					年 月 分					65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無					□無 □有					

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。
(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

受取口座	☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 ☐ 以下の口座を振込先とする。														
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 4 貯蓄預金 9 その他												
	ゆうちょ銀行	配号	番号												
	口座名義人カナ														

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					

改正前

様式第21号の2（第19条関係）

施行令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり関係書類を添え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施行令第43条の5第6項に規定する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障害者総合支援法 ②介護保険法										
申請者氏名											制度	受給者証番号・被保険者証番号									
生年月日											①										
											②										
居住地	〒																				
電話番号																					
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額（注）	申請に係るサービス利用月					年 月 分					65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無					□無 □有					

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。

(注) 支払額を証する領収書を添付してください。

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ください。

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 9 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

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					

5/6

改正後

様式第22号の2（第20条関係）

宛名

第 年 月 日

東かがわ市保健福祉事務所長 印

施行令第47条第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

先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施行令第47条第6項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名	受給者証番号
-------	--------

申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
障害福祉担当介護保険サービスに係る本人支払額（注）		申請に係る障害福祉担当介護保険サービスの利用月	
支 給		支 給 金 額	
不支給の理由			

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

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3か月以内に香川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か月以内に東かがわ市を被告として（訴訟において東かがわ市を代表する者は東かがわ市長となります。）、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か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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

東かがわ市
住 所
電話番号 FAX番号

改正前

様式第22号の2（第20条関係）

施行令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給決定通知書

年 月 日

〒

様

東かがわ市保健福祉事務所長 印

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施行令第43条の5第6項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名	受給者証番号
-------	--------

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
障害福祉担当介護保険サービスに係る本人支払額（注）	円	申請に係る障害福祉担当介護保険サービスの利用月	
支 給	☐ する ☐ しない	支 給 金 額	円
不支給の理由			

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

- 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3か月以内に香川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か月以内に東かがわ市を被告として（訴訟において東かがわ市を代表する者は東かがわ市長となります。）、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か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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定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 東かがわ市
住 所
電話番号

附 則

この規則は、公布の日から施行する。