

東かがわ市規則第8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8年2月26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
<p>(支給決定の変更申請)</p> <p>第7条 法第24条の規定に基づき支給決定の変更の申請をしようとする障がい者等は、(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 <u>地域相談支援給付費</u>) 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9号)を保健福祉事務所長に提出しなければならない。</p> <p>(計画相談支援給付費の支給申請等)</p> <p>第15条 施行規則第34条の54の規定に基づき計画相談支援給付費の支給を受けようとする障がい者等は、<u>計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費</u> 支給申請書(様式第16号)及び<u>計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)</u> 届出書(様式第17号)を保健福祉事務所長に提出しなければならない。</p> <p>(計画相談支援給付費の支給決定等)</p> <p>第16条 保健福祉事務所長は前条の申請があったときは、<u>計画相談支援給付費の支給の要否について決定し、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18号)</u>により障がい者等へ通知するものとする。</p> <p>(計画相談支援給付費の取消し)</p> <p>第18条 保健福祉事務所長は、施行規則第34条の55の規定により<u>計画相談支援給付費の支給を行わないこととしたときは、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書(様式第20号)</u>により、障がい者等に通知するものとする。</p>	<p>(支給決定の変更申請)</p> <p>第7条 法第24条の規定に基づき支給決定の変更の申請をしようとする障がい者等は、(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) <u>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9号)</u>を保健福祉事務所長に提出しなければならない。</p> <p>(計画相談支援給付費の支給申請等)</p> <p>第15条 施行規則第34条の54の規定に基づき計画相談支援給付費の支給を受けようとする障がい者等は、<u>計画相談支援給付費支給申請書(様式第16号)</u>及び<u>計画相談支援依頼(変更)届出書(様式第17号)</u>を保健福祉事務所長に提出しなければならない。</p> <p>(計画相談支援給付費の支給決定等)</p> <p>第16条 保健福祉事務所長は前条の申請があったときは、<u>計画相談支援給付費の支給の要否について決定し、計画相談支援給付費支給決定通知書(様式第18号)</u>により障がい者等へ通知するものとする。</p> <p>(計画相談支援給付費の取消し)</p> <p>第18条 保健福祉事務所長は、施行規則第34条の55の規定により<u>計画相談支援給付費の支給を行わないこととしたときは、計画相談支援給付費支給取消通知書(様式第20号)</u>により、障がい者等に通知するものとする。</p>

改正後

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

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

Application form header section including fields for applicant name, address, phone number, and birth date.

Table for service utilization status, including sections for disability support and nursing insurance services.

Main table for service types and specific content, listing various support services like home care, training, and relocation.

サービス等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、東かがわ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

改正前

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

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり申請します。なお、私の世帯の住民基本台帳、現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。

申請年月日 年 月 日

Application form header section (old version) including fields for applicant name, address, phone number, and birth date.

Table for service utilization status (old version), including sections for disability support and nursing insurance services.

Main table for service types and specific content (old version), listing various support services like home care, training, and relocation.

サービス等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、東かがわ市から指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

改正後			
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	<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。 （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者基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの ②①以外の者 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者：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）
	<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）
	<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あてはまるため、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（ <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。 ※ 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	<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	電話番号		

改正前			
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	<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。 （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. 施設入所者であること（年齢 才） 2. 市町村民税非課税世帯の者		〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 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（年齢 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（年齢 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あてはまるため、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（定率負担減免措置、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（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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	申請者との関係		
住所	電話番号		

改正後

改正前

様式第2号(第3条関係)

様式第2号(第3条関係)

世帯状況・収入等申告書

世帯状況・収入等申告書

東かがわ市保健福祉事務所長 様

東かがわ市保健福祉事務所長 様
 申告年月日 年 月 日
 申告者住所
 氏名

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
 障害者(20歳未満の施設に入所する者を除く。)で配偶者がいる場合には、世帯員欄に配偶者を記入してください。
 申請者が20歳未満の施設に入所する者又は、障害児の保護者の場合には、世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

次のとおり申告します。
 1 世帯の状況等について

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

	氏名	生年月日		本人との関係	扶養親族等の人数		市町村民税の状況
		個人番号			16歳未満	16~18歳	
申請者		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日					<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)(年収)

区分	種 類	収入額
所得等収入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、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、遺族共済年金、高齢基礎年金、高齢厚生年金等) 特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	その他年金等収入(雇用保険による失業等給付、健康保険の傷病手当、その他地方公共団体が支給するものうち公的年金に相当するものとして市町村が判断するもの)	円
収入のその他	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
必要経費(B)	租 税	円
	社会保険料	円

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)(年収)

区分	種 類	収入額
所得等収入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、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、遺族共済年金、高齢基礎年金、高齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収入のその他	仕送り収入	円
	不動産による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
社会保険料		円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
社会保険料		円

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 申請者との関係

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ください。
 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ください。
 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。

改正後

様式第3号(第4条関係)

宛名

第 号
年 月 日
東かがわ市保健福祉事務所長 印

障害支援区分認定通知書

年 月 日付け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	備考
--------	----

障害支援区分の認定の有効期間

(留意事項)

- 上記の障害支援区分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。
- 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。
- 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3号(第4条関係)

障害支援区分認定通知書

〒

年 月 日

様

東かがわ市保健福祉事務所長 印

年 月 日付け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	理由
--------	----

障害支援区分の認定の有効期間

(留意事項)

- 上記の障害支援区分の申請者の方のサービスの利用意向を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。
- 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。
- 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

改正後

改正前

様式第4号(第4条関係)

様式第4号(第4条関係)

宛名

第 号
年 月 日
東かがわ市保健福祉事務所長 印

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	
	変更後	
	備考	
障害支援区分の認定の有効期間		
(留意事項)	<p>1 変更後の障害支援区分や利用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(の変更)を行います。</p> <p>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。</p> <p>3 認定結果等について、不明な点がございましたら下記担当課にご連絡ください。</p>	

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履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

障害支援区分変更認定通知書

〒 年 月 日

様

東かがわ市保健福祉事務所長 印

年 月 日付けの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24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

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	
	変更後	
	理由	
障害支援区分の認定の有効期間		
(留意事項)	<p>1 上記の障害支援区分の申請者の方のサービスの利用意向を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定(の変更)を行います。</p> <p>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。</p> <p>3 認定結果等について、不明な点がございましたら下記担当課にご連絡ください。</p>	

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履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

改正後

様式第5号(第5条関係)

宛名

第 号
年 月 日

東かがわ市保健福祉事務所長 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(給付)決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

年 月 日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、支給者証を交付しますので通知します。

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	
本 居 居 住 者 の 支 給 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
	特記事項		
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)	月額	左の給付費の 適用期間	
特定障害者特別給付費 (相談生活援助・ 重度障害者特別支援)	月額	左の給付費の 適用期間	
救 急 介 護 医 療	公費負担番号	公費受給者番号	
	救急介護医療(食費 療養(生活療養)を 除く)の負担上限月 額	円	食事療養(生活療養)の負 担上限月額
	上限額の 適用期間		円

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。
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待たず(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か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) その他裁決を待たないことにつき正当な理由があるとき。
3 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。

(参考先)

東かがわ市
住所
電話番号

FAX番号

改正前

様式第5号(第5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(給付)決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

〒

年 月 日

株

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介護給付費 特定障害者特別給付費 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条の規定に基づき下記のとおり決定し、支給者証を交付しますので通知します。

記

支給者証 番号	支給決定障害者 (保護者)氏名
支給決定日	
障害支援区分	障害支援区分の 有効期間

サービスの種類	支援の内容及び支給量	有効期間
特記事項		

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・ 相談生活援助)	月額	左の給付費の 適用期間
特定障害者特別給付費 (介護給付費・ 訓練等給付費)	月額	左の給付費の 適用期間
公費負担番号	公費受給者 番号	
救急介護医療(食費 療養(生活療養)を 除く)の負担上限月 額	円	食事療養(生活療養) の負担上限月額
上限額の 適用期間		円

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。
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待たず(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か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) その他裁決を待たないことにつき正当な理由があるとき。
3 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

改正後

様式第6号 (第5条関係)

宛名

第 号
年 月 日

東かがわ市保健福祉事務所長 印

却下決定通知書

年 月 日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

- 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6号 (第5条関係)

却下決定通知書

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

- 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

改正後

改正前

(十三) 注意事項欄
<p>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。</p> <p>2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基幹型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又は基幹型障害福祉サービス提供施設等に提示してください。</p> <p>3 就業介助を受けようとするときは、この証にマイナンバー（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。）等及び就業介助施設受給者証を添えて、指定就業介助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要する負担額を他の事情を人差しで割合で定める額（当該割合で定める額が、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割相当を超えない割合）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（個別免除等の認定を受けた場合は当該免除の額が表示されています。）。なお、基幹型障害福祉サービスを受ける場合等日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別給付金については、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。</p> <p>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が、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請してください。</p>

(十四) 注意事項欄
<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出来ます。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有ります。）</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。</p> <p>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 この証を依頼したり、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。</p> <p>また、再交付を受けた後、紛失したこの証を見つけたときは、速やかに市町村に返してください。</p> <p>11 支給者の負担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場合があります。</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>

改正後

様式第8号(第5条関係)

療養介護医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
支給決定障害者	居住地		
	フリガナ	生年月日	
	氏名	年 月 日	
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		
特記事項			
支給市町村名及び印			

注意事項欄
<p>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。</p> <p>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マイナ保険証(障害保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。)等を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。</p> <p>3 療養介護医療の負担上限額はこの証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。(※医療型個別療養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。)</p> <p>4 療養介護医療の負担上限額は各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。</p> <p>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が、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>8 この証を破損したり、汚れ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。</p> <p>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>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。</p> <p>10 不正にこの証を使用した者は、罰則法令により処罰されることがあります。</p>

改正前

様式第8号(第5条関係)

療養介護医療受給者証			
公費負担者番号			
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	
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		
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			

改正後

様式第9号 (第7条、第14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

東かがわ市保健福祉事務所長 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 氏名 居住地 電話番号 個人番号 生年月日 支給申請に係る児童氏名 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

サービス利用の状況 障害福祉関係サービス 介護保険サービス 要介護認定 要介護度 有効期間

変更の理由

Table with columns: 区分, サービスの種類 (介護給付費, 訓練等給付費), 申請に係る具体的内容. Includes categories like 訪問系・その他, 訓練系・就労系, 居住系, 地域相談支援.

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成する必要があるときは、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、東かがわ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

改正前

様式第9号 (第7条、第14条関係)

(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

東かがわ市保健福祉事務所長 様
次のとおり申請します。なお、私の世帯の住民基本台帳、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。

申請年月日 年 月 日

申請者 フリガナ 氏名 居住地 電話番号 個人番号 生年月日 支給申請に係る児童氏名 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「保険者名及び保険者番号」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 介護保険サービス 要介護認定 要介護度 要支度 要介護 有効期間

変更の理由

Table with columns: 区分, サービスの種類 (介護給付費, 訓練等給付費), 申請に係る具体的内容. Includes categories like 訪問系・その他, 日中活動系, 居住系.

※共同生活援助(グループホーム)のサービスを利用する者については、希望する事業所の種類(指定共同生活援助事業所と対称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。

改正後

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	<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。 （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者基礎年金等の収入の合計額が80万9千円以下のもの ②①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、障害児及び20歳未満の施設入所者：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〉 〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年齢 歳） 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	
	<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（年齢 歳） 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	
	<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あてはまるため、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（ <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。 ※ 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	〒	電話番号

改正前

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。 （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〉 〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 才） 1. 施設入所者であること（年齢 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（年齢 才） 1. 施設入所者であること（年齢 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あてはまるため、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（定率負担減免措置、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（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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		申請者との関係
住所	〒	電話番号

改正後

様式第10号 (第8条、第14条関係)

宛名

第 号
年 月 日

東かがわ市保健福祉事務所長 印

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 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

年 月 日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)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)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 東かがわ市 住所 電話番号 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を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10号 (第8条、第14条関係)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費) 支給変更決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

〒

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介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 の支給変更及び利用者負担額減額・免除等変更)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			
変更の内容	変更前		
	変更後		
特記事項			

受給者証を提出先 東かがわ市 住所 電話番号 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を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

改正後

改正前

様式第11号 (第9条関係)

様式第11号 (第9条関係)

宛名

第 年 月 日

東かがわ市保健福祉事務所長 印

支給決定取消通知書

〒

年 月 日

株

東かがわ市保健福祉事務所長 印

支給決定取消通知書

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項の規定により、下記のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

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

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 番号	支給決定障害者 (保護者)氏名
支給決定取消日	
取消理由	

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

受給者証を へ返還してください。ただし、既に受給者証を返還されている方は、不要です。

返還先 東かがわ市 住所 電話番号
返還期限

返還先 住所 電話番号
返還期限

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。

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か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。

3 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

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。

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か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。

3 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

改正後

様式第12号 (第10条関係)

申請内容変更届出書

東かがわ市保健福祉事務所長 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	〒			
	電話番号			
フリガナ	生年月日	年	月	日
支給決定に係る児童氏名	続柄		個人番号	

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	〒	
	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事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	支給決定に係る児童に関する事	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。

改正前

様式第12号 (第10条関係)

申請内容変更届出書

東かがわ市保健福祉事務所長 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	〒				
	電話番号				
フリガナ	続柄	生年月日	年	月	日
支給決定に係る児童氏名	個人番号				
	電話番号				
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	〒				
	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事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童に関する事	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。

改正後

様式第13号 (第11条関係)

受給者証再交付申請書

東かがわ市保健福祉事務所長 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	受給者 証番号	
	2 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

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	〒			
	電話番号			
フリガナ	生年月日	年	月	日
支給決定に係る 児童氏名	続柄			
	個人番号			

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	本人と の関係		
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

申請の理由	1 汚損	2 紛失	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)

改正前

様式第13号 (第11条関係)

受給者証再交付申請書

東かがわ市保健福祉事務所長 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	受給者 証番号	
	2 療養介護医療受給者証		

フリガナ	生年月日	
支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名		
居 住 地	〒	
	電話番号	
フリガナ	続 柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名	生 年 月 日	

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	本人と の関係	
氏 名		
住 所	〒	
	電話番号	

申請の理由	1 汚損	2 紛失	3 その他
	具体的な理由		

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)

改正後													
様式第14号 (第12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 【令和 年 月 分】													
東かがわ市保健福祉事務所長 様													
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。													
申請年月日 年 月 日													
フリガナ 申請者氏名	障害福祉サービス受給者証番号 個人番号: 地域相談支援受給者証番号												
生年月日													
居住地	〒												
フリガナ 支給申請に係る 児童氏名	電話番号 続柄 生年月日 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 氏名	申請者との関係												
住所	郵便番号 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。													
口座振替 依頼書	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>銀行 信用金庫 信用組合 農協</th> <th>本店 支店 支所 出張所</th> <th>種目</th> <th>口座番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>店舗コード</td> <td>1 普通預金 2 当座預金 3 その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ 口座名義人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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 3 その他		フリガナ 口座名義人			
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 3 その他											
フリガナ 口座名義人													
(注意) この申請書に該当年月分の領収書およ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													

改正前													
様式第14号 (第12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													
東かがわ市保健福祉事務所長 様													
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。													
申請年月日 年 月 日													
フリガナ 申請者氏名	障害福祉サービス受給者証番号												
生年月日	地域相談支援受給者証番号												
居住地	〒												
フリガナ 支給決定に係る 児童氏名	電話番号 続柄 生年月日												
(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) 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 氏名	申請者との関係												
住所	〒 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。													
口座振替 依頼書	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>銀行 信用金庫 信用組合 農協</th> <th>本店 支店 支所 出張所</th> <th>種目</th> <th>口座番号</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>金融機関コード</td> <td>店舗コード</td> <td>1 普通預金 2 当座預金 3 その他</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ 口座名義人</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	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 3 その他		フリガナ 口座名義人			
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 3 その他											
フリガナ 口座名義人													
(注意) この申請書に該当年月分の領収証およ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													

改正後

改正前

様式第15号 (第12条関係)

様式第15号 (第12条関係)

宛名

第 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) 支給(不支給)決定通知書

東かがわ市保健福祉事務所長 印

年 月 日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		決定年月日	
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
 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。
 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ときに限る。)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か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。
 3 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を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

(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

〒

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(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		決定年月日	
(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
 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。
 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ときに限る。)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か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。
 3 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を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

改正後

様式第16号 (第15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

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり、(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項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第24条の26第1項に規定する障害児相談支援給付費)の支給を申請します。

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	〒			
申請に係る児童氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日		
	氏名		個人番号		
	居住地	〒			

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
住所	〒	
	電話番号	

改正前

様式第16号 (第15条関係)

計画相談支援給付費支給申請書

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		〒		
	居住地	電話番号			
申請に係る児童氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日		
	氏名		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	との関係
住所	〒	
	電話番号	

改正後

様式第17号 (第15条関係)

計画相談支援・障害児相談支援依頼 (変更) 届出書

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	
----	--

申請者	フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号			
	居住地	〒	電話番号	
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
	続柄			
	個人番号			

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

改正前

様式第17号 (第15条関係)

計画相談支援依頼 (変更) 届出書

東かがわ市保健福祉事務所長 様

次のとおり計画相談支援を依頼 (変更) したので届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ 氏名		生年月日	
	居住地	〒	電話番号	
フリガナ 申請に係る 児童氏名			生年月日	
	続柄			

計画相談支援を依頼した事業所名

フリガナ 事業所名	
住所	〒 電話番号

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

改正後

改正前

様式第19号 (第17条関係)

様式第19号 (第17条関係)

宛名

第 号
年 月 日

東かがわ市保健福祉事務所長 印

モニタリング期間変更通知書

継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をいた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	
通所受給者証番号			
変更に係る障害者 (保護者)		変更に係る 児童氏名	
変更後の モニタリング期間			
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 受給者証の提出期限 及び提出先	提出先： 提出期限：		

(お問合せ先)
東かがわ市
住所
電話番号

FAX番号

モニタリング期間変更通知書

年 月 日

〒

様

東かがわ市保健福祉事務所長 印

継続サービス利用支援について、下記のとおり変更の決定をいた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	
通所受給者証番号			
変更に係る障害者 (保護者)		変更に係る 児童氏名	
変更後の モニタリング期間			
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 受給者証の提出期限 及び提出先	提出先： 提出期限：		

改正後

様式第20号 (第18条関係)

宛名

第 号
年 月 日

東かがわ市保健福祉事務所長 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3か月以内に東かがわ市長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を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20号 (第18条関係)

計画相談支援給付費支給取消通知書

年 月 日

〒

県

東かがわ市保健福祉事務所長 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51条の17第1項の規定に基づき、計画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			4029000173
支給取消に係る申請者氏名			
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3か月以内に東かがわ市長に対し審査請求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か月以内に限り、市を被告として(訴訟において市を代表する者は市長となります。))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か月以内であっても、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3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決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 東かがわ市
住所

電話番号

改正後

様式第23号 (第21条、第23条関係)

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）
※記載する内容は、可成り変更（自治体医療費及び生活保護費の支拂等の関係の場合）のみならずに記す。

受診者	フリガナ	フリガナ	年齢	生年月日
	氏名	氏名	歳	年 月 日
	住所	住所	電話番号	
個人番号	個人番号			
負担額に関する事項	受診者の加入医療機関の記号及び番号	保険者番号	保険種別	
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号	
	該当する所得区分		重課かつ重課	
	身体障害者手帳番号	医療機関名	受給者番号	所在地、電話番号
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬師・訪問看護事業者を含む）				
備考	記は、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 年 月 日			

※ 「該当する所得区分」、「重課かつ重課」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
 ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
 ※ 「申請者氏名」については、記名押印又は自家による署名のいずれかとする。

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体医療費	申請受付年月日	経過年月日	認定年月日
前回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重課かつ重課	該当・非該当
今回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重課かつ重課	該当・非該当
費用控除方法	個人番号 自治体医療費控除証明書 市町村医療費控除証明書 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（ <small>※申請負担額減額認定証</small> ）		
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
備考			

改正前

様式第23号 (第21条、第23条関係)

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

受診者	フリガナ氏名	個人番号	年齢	生年月日
住所	住所	電話番号		
保護者	1 フリガナ氏名	個人番号	受診者との関係	
	住所	電話番号		
2	フリガナ氏名	個人番号	受診者との関係	
	住所	電話番号		
負担額に関する事項	受診者の医療機関の記号及び番号	保険者名		
	受診者と同一保険の加入者	氏名	個人番号	
	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額所得継続者(重課かつ重課)	該当・非該当
身体障害者手帳番号				
受診を希望する指定自立支援医療機関	医療機関名称	所在地	電話番号	
(薬師・指定訪問看護事業者等を含む。)				
補装具の要否	要・否			
既存の自立支援医療受給者証(再認定・変更の場合に記載)	自立支援医療費受給者番号			
	有効期限			年 月 日

記は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。
 なお、私の世帯の住民基本台帳、税務、保険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。

年 月 日 申請者氏名
 東かがや市保健福祉事務局長 様

- 注 1 《更生医療・育成医療》は、更生医療又は育成医療のいずれかを○で囲んでください。
 2 「新規・再認定・変更」の欄は、新規・再認定・変更のいずれかを○で囲んでください。
 3 「保護者」の欄は、受診者が保護者である場合に記載してください。その場合、「住所」の欄及び「電話番号」の欄は、受診者の住所と異なる場合に記載してください。
 4 「該当する所得区分」の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う区分を○で囲んでください。
 5 「重課かつ重課」の欄は、チェックシートを参照し、該当すると思う区分を○で囲んでください。
 6 氏名の記載を自己で行う場合は、押印を省略することができます。
-ここから下の欄には記載しないでください。.....

自治体医療費

申請受付年月日	経過年月日	認定年月日
前回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額所得継続者(重課かつ重課)
今回の所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	高額所得継続者(重課かつ重課)
所得控除書類	個人番号 市町村医療費控除証明書 市町村住民税非課税証明書 生活保護受給世帯の証明書 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（ <small>※申請負担額減額認定証</small> ）	
前回の受給者番号		今回の受給者番号
備考		

改正後

様式第24号 (第22条、第23条関係)

宛名

第 号
年 月 日

自立支援医療費 (育成医療) 支給認定決定通知書

東かがわ市保健福祉事務所長 印

先に申請のありました自立支援医療費(育成医療)については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
保護者氏名			
有効期間	から	まで	
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	

(注意事項)
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

この処分不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、香川県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受け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。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

(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24号 (第22条、第23条関係)

第 号
年 月 日

申請者住所

氏名

東かがわ市保健福祉事務所長 印

自立支援医療費 (育成医療) 支給認定通知書

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54条の規定に基づき自立支援医療費の支給認定について次のとおり決定し、自立支援医療受給者証を交付しますので通知します。

自立支援医療費受給者番号		決定年月日	
決定内容			
指定医療機関の所在地名称			
有効期間	～		
自己負担上限額			
注 意 事 項	<p>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3か月以内に東かがわ市長に対し異議申立をすることができます。</p> <p>2 また、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、この処分の通知を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、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。)</p> <p>また、この処分の通知を受け取っ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は、この処分の取消しを求める訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であれば、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取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、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。)</p>		

改正後										
様式第25号 (第22条、第23条関係)										
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								生年月日	
	氏名									
	住所									
	加入医療保険の記号及び番号		保険者番号							
			保険者名							
特定疾病療養受療の認定										
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ								続柄	
	氏名									
	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							
重度かつ継続								自己負担上限額		
有効期間		から まで								
上記のとおり認定する。 年 月 日 東かがわ市保健福祉事務所長 印										
※ 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、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口へ提出すること。										

改正前										
様式第25号 (第22条、第23条関係)										
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	
	氏名									
	住所									
	フリガナ									
	住所									
被保険者等の記号及び番号		保険者名								
重度かつ継続										
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							
			所在地・電話番号							
自己負担上限額										
有効期間										
上記のとおり決定する。 年 月 日 東かがわ市保健福祉事務所長 印										
※ 裏面も記入のこと。										

改正後		改正前	
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）		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		公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針		医療の具体的方針	
特記事項		特定疾病療養受療証	
		<p>※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へ提出すること。</p>	

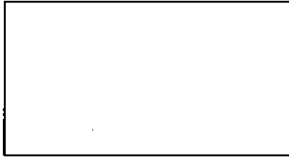
改正後

改正前

様式第26号 (第22条、第23条関係)

様式第26号 (第22条、第23条関係)

第 号
年 月 日



申請者住所

氏名

東かがわ市保健福祉事務所長 印

自立支援医療費 (更生医療) 支給認定決定通知書

自立支援医療費 (更生医療) 支給認定通知書

先に申請のありました自立支援医療費 (更生医療) については、下記のとおり決定しましたので通知します。

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条の規定に基づき自立支援医療費の支給認定について次のとおり決定し、自立支援医療受給者証を交付しますので通知します。

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
有効期間	から		まで
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
(注意事項) 医療機関を受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。			

自立支援医療費受給者番号		決定年月日	
決定内容			
指定医療機関の所在地名称			
有効期間	～		
自己負担上限額			
注意事項	<p>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3か月以内に東かがわ市長に対し異議申立をすることができます。</p> <p>2 また、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、この処分の通知を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、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。)</p> <p>また、この処分の通知を受け取っ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は、この処分の取消しを求める訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受け取った日の翌日から起算して6か月以内であれば、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取った日の翌日から起算して6か月以内であっても、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。)</p>		

この処分について不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、香川県知事に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この通知書を受け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。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

(お問合せ先)

改正後										
様式第27号 (第22条、第23条関係)										
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								生年月日	
	氏名									
	住所									
	加入医療保険の記号及び番号	保険者番号								
		保険者名								
	特定疾病療養受療の認定									
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					
重度かつ継続				自己負担上限額						
有効期間	から まで									
上記のとおり認定する。										
年 月 日 東かがわ市保健福祉事務所長 印										
※ 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、特定疾病区分が記載された資格確認書を医療機関窓口に提出すること。										

改正前											
様式第27号 (第22条、第23条関係)											
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										
	フリガナ										
	住所										
	被保険者等の記号及び番号							保険者名			
		重度かつ継続									
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						
					所在地・電話番号						
自己負担上限額											
有効期間											
上記のとおり決定する。											
年 月 日 東かがわ市保健福祉事務所長 印											
裏面も記入のこと。											

改正後		改正前	
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）		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		公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針		医療の具体的方針	
特記事項		特定疾病療養受療証	
		<p>※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へ提出すること。</p>	

改正後

様式第28号 (第22条関係)

宛名

第 号
年 月 日

却下決定通知書

東かがわ市保健福祉事務所長 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53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。

申請日			
受診者氏名		生年月日	
住所			
理由			

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3か月以内に香川県知事に対して審査請求をすることができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

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か月以内に限り、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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、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3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する判決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。)

(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28号 (第22条関係)

第 号
年 月 日

様

東かがわ市保健福祉事務所長 印

却下決定通知書

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58条第1項の規定による自立支援医療(育成医療・更生医療)の 年 月 日付け申請は、次により認定されませんでしたので通知します。

理由

教 示

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に東かがわ市長に対し審査請求をすることができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。
- この決定については、この決定(この決定について上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する判決。以下同じ。)があったことを知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。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、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か月以内であっても、この決定の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。

改正後

様式第29号 (第23条関係)

自立支援医療費 (育成医療・更生医療) 受給者証等記載事項変更届			
受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日
	住 所		電話番号
	個人番号		
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・氏名フリガナ・ 住所・電話番号)		
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者)		
身体障害者手帳番号			
備 考			
私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証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 東かがわ市保健福祉事務所長 様			

※ 自己負担上限額 (所得区分及び重症かつ難続該当・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、自立支援医療支給認定申請書 (変更) に記載すること。

改正前

様式第29号 (第23条関係)

自立支援医療 (育成医療・更生医療) 受給者証等記載事項変更届			
受 診 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	フリガナ		
	住 所		電話番号
	個人番号		
保 護 者 (受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合 に 記 入)	フリガナ		続 柄
	氏 名		
	フリガナ		
	氏 名		電話番号
個人番号			
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			
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)		
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)		
	医療保険等に関する事項 (記号及び番号・保険者 名・受診者と同一の加入 者)		
	身体障害者手帳番号		
そ の 他			
備 考			
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費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			
東かがわ市保健福祉事務所長 様			

改正後	
様式第30号 (第24条関係)	
自立支援医療受給者証 (育成医療・更生医療) 再交付申請書	
受 診 者	フリガナ
	氏 名
	住 所
	個人番号
自立支援医療費受給者番号	
受給者証の有効期間	から まで
再交付を申請する理由	該当するものに○を付けてください。 1 破損 2 汚損 3 紛失
上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。	
申請者氏名 年 月 日 東かがわ市保健福祉事務所長 様	
※ 破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。 ※ 再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。	

改正前	
様式第30号 (第24条関係)	
自立支援医療受給者証 (育成医療・更生医療) 再交付申請書	
年 月 日	
東かがわ市保健福祉事務所長 様	
申請者氏名	
次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。	
受 診 者	フリガナ
	氏 名
	フリガナ
	住 所
電話番号	
個人番号	
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ
	氏 名
	フリガナ
	住 所
電話番号	
個人番号	
自立支援医療費受給者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
申請の理由	
(注) 1 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。 2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに東かがわ市に返還してください。	

改正後

様式第31号 (第25条関係)

補装具費 (購入・借受け・修理) 支給申請書

		申請日		年	月	日	
東かがわ市保健福祉事務所長 様							
(申請者)							
住所							
氏名							
個人番号							
対象者との続柄							
電話番号							
<p>下記のとおり補装具費の支給申請 (購入・借受け・修理) をいたします。</p> <p>補装具費の支給申請 (購入・借受け・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。</p>							
対象者	住所						
	フリガナ 氏名	(個人番号)					
	生年月日	年	月	日	電話番号		
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		
疾患名	(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に規定する疾患名を記載のこと)						
購入・借受け・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						
	電話番号		FAX				
該当する所得区分	1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 一定所得以上						
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。						

改正前

様式第31号 (第25条関係)

補装具費 (購入・借受け・修理) 支給申請書

		申請日		年	月	日	
東かがわ市保健福祉事務所長 様							
(申請者)							
住所							
氏名							
個人番号							
対象者との続柄							
電話番号							
<p>下記のとおり補装具費の支給申請 (購入・借受け・修理) をいたします。</p> <p>補装具費の支給申請 (購入・借受け・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。</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	電話番号	
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		
疾患名	(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に規定する疾患名を記載のこと)						
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						
	電話番号		FAX				
該当する所得区分	1. 生活保護 2. 低所得 3. 一般 4. 一定所得以上						
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。						

改正後

様式第32号 (第26条関係)

第 号
年 月 日

様

東かがわ市保健福祉事務所長 印

補装具費支給決定通知書

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	電話番号	
保護者氏名		続柄		
支給番号		支給決定日	年 月 日	
決定内容		借受け期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
補装具名				
補装具事業者	名称	〒		
	所在地			
	電話番号			
基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額
円	円	合計額	円	(合計額)
月額負担上限額		月額	(初月) 円	円
		(中間月)	円	
		(最終月)	円	
		(借受けの場合)		

教 示

この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に東かがわ市長に対して審査請求をすることができます(なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

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か月以内に限り、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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、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3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決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。)

(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32号 (第26条関係)

補装具費支給決定通知書

年 月 日

様

東かがわ市保健福祉事務所長 印

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	
電話番号		電話		
支給番号		支給決定日	年 月 日	
決定内容				
補装具事業者	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	円		円
月額負担上限額		円		円
		円		円

審査請求及び取消訴訟

1 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、東かがわ市長に対して審査請求をすることができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。

2 この決定については、この決定(この決定について上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決。以下同じ。)があったことを知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。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、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か月以内であっても、この決定の日から起算して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。

問い合わせ先

東かがわ市

住所

電話番号

改正後

様式第33号 (第26条関係)

第 号
年 月 日

東かがわ市保健福祉事務所長 印

補装具費却下決定通知書

先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3か月以内に東かがわ市長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

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か月以内に限り、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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、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3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決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。）。

(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33号 (第26条関係)

補装具費却下決定通知書

第 号
年 月 日

様

東かがわ市保健福祉事務所長 印

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

改正後	改正前
	<p style="text-align: center;">教 示</p> <p>1 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、東かがわ市長に対して審査請求をすることができます。なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると、審査請求をすることができなくなります。</p> <p>2 この決定については、この決定（この決定について上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決。以下同じ。）があったことを知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。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、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か月以内であっても、この決定の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>

改正後										改正前									
様式第34号 (第26条関係)																			
補 装 具 費 支 給 券										補 装 具 費 支 給 券									
支給番号		支給決定日			購入・借受け・修理の別					支給番号		第 号			支給決定日		年 月 日		
借受け期間 (借受けの場合)		年 月 日 ~ 年 月 日								氏 名		生年月日			年 月 日				
氏 名		生年月日			住 所					住 所		住 所							
保護者氏名		続 柄			保護者氏名					続 柄		保護者氏名			続 柄				
補装具の名称		補装具の名称								補装具の名称		修理部位			補装具の名称				
修理部位		修理部位								補装具業者		名 称			補装具業者				
処 方		処 方								補装具業者		所在地			補装具業者				
補装具業者		名称			補装具業者					補装具業者		電話			補装具業者				
補装具業者		所在地			補装具業者					補装具業者		電話			補装具業者				
補装具業者		電話番号			補装具業者					補装具業者		電話			補装具業者				
基準額		見積額			利用者負担額					基準額		見積額			利用者負担額				
円		円			円					円		円			円				
月額負担上限額		円			円					月額負担上限額		円			円				
円		円			円					円		円			円				
上記のとおり決定する。																			
年 月 日																			
東かがわ市保健福祉事務所長 印																			
適合判定		判定年月日			判定員 職氏名					判定検査		判定年月日			判定員 職氏名				
受領		受領年月日			受領者 氏名					受領		受領年月日			受領者 氏名				
(お問合せ先) 東かがわ市 住 所 電話番号 FAX 番号																			
東かがわ市保健福祉事務所長 印																			
判定検査		判定年月日			判定員 職氏名					判定検査		判定年月日			判定員 職氏名				
受領		受領年月日			受領者 氏名					受領		受領年月日			受領者 氏名				

附 則

この規則は、令和8年2月26日から施行する。