○五霞町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18年12月28日
規則第21号
改正　平成24年3月30日規則第11号
平成25年3月14日規則第4号
平成26年7月1日規則第23号
平成28年3月31日規則第1号

（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。），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。）に定めがあるもののほか，必要な事項について定めるものとする。

（申請）

第２条　省令第7条第1項若しくは省令第34条の3第1項に規定する申請書（以下「支給決定申請書」という。）又は支給決定申請書に係る政令第17条第1項に規定する負担上限月額（以下「負担上限月額」という。）の減額・免除等を受けようとする者は，（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）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）により申請するものとする。

（決定等）

第３条　町長は，前条の規定による申請があったときは，その内容を審査し，決定の可否を（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）支給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2号）又は却下決定通知書（様式第3号）により当該申請者に通知するものとする。

（障害支援区分認定）

第４条　町長は，法第21条第1項の規定により障害支援区分の認定を行ったときは，政令第10条第3項の規定に基づき，障害支援区分認定通知書（様式第4号）により当該申請者に通知するものとする。

（受給者証の交付）

第５条　町長は，第3条の規定により支給決定等の決定を行ったときは，法第22条第5項に規定する障害福祉サービス受給者証（様式第5号）又は法第70条の規定による療養介護医療受給者証（様式第6号）（以下「受給者証」という。）を第3条の規定により決定の通知を受けた者に交付するものとする。

（支給決定の変更）

第６条　支給決定等の変更をしようとする者は，（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（様式第7号）により申請するものとする。

（支給決定等の変更の決定等）

第７条　町長は，前条の規定による申請があったときは，その内容を審査し，変更の可否を（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（様式第8号）又は変更却下決定通知書（様式第9号）により当該申請者に通知するものとする。

（障害支援区分の変更の決定）
第８条　町長は，法第24条第4項の規定により障害支援区分の変更の認定を行ったときは，政令第13条において準用する政令第10条第3項の規定に基づき，障害支援区分変更認定通知書（様式第10号）により当該申請者に通知するものとする。
（特例介護給付費，特例訓練等給付費又は特例特定障害者特別給付費の支給の申請）
第９条　法第30条に規定する特例介護給付費又は特例訓練等給付費，法第35条に規定する特例特定障害者特別給付費の支給を受けようとする者は，（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）支給申請書（様式第11号）により行うものとする。
（特例介護給付費，特例訓練等給付費又は特例特定障害者特別給付費の支給の決定）
第１０条　町長は，前条の規定による申請があったときは，その内容を審査し，支給の可否を（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）支給（不支給）決定通知書（様式第12号）により当該申請者に通知するものとする。
（特例介護給付費，特例訓練等給付費又は特例特定障害者特別給付費の額）
第１１条　特例介護給付費，特例訓練等給付費又は特例特定障害者特別給付費の額は，法第30条第3項，又は政令第21条の5に定める基準の額に利用者負担額減免等を適用した額とする。
（介護給付費等の額の特例等）
第１２条　法第31条の規定に基づき介護給付費等の額の特例を受けようとする者は，介護給付費等の額の特例申請書（様式第13号）に受給者証を添えて申請するものとする。
２　町長は，前項の規定による申請があったときは，その内容を審査し，その適否を決定し，介護給付費等の額の特例認定決定通知書（様式第14号）により通知するとともに介護給付費等の額の特例に関する認定証（様式第15号）を交付する。
（申請内容の変更の届出）
第１３条　省令第22条の規定に基づき届出しようとする者は，申請内容変更届出書（様式第16号）により行うものとする。
（受給者証の再交付の申請）
第１４条　省令第23条第1項に規定する申請をしようとする者は，受給者証再交付申請書（様式第17号）により申請するものとする。
（支給決定の取消）
第１５条　町長は，法第25条の規定により支給決定の取消しを行ったときは，支給決定取消通知書（様式第18号）により通知するものとする。
（サービス利用計画作成対象者の認定等）
第１６条　法第32条の規定によるサービス利用計画作成費の支給を受けようとする者は，サービス利用計画作成対象障害者等認定申請書（様式第19号）により申請するものとする。
２　町長は，前項の規定による申請があったときは，その内容を審査し，認定の可否を，サービス利用計画作成対象障害者等認定通知書（様式第20号）により当該申請者に通知するものとする。
３　前項の規定による認定通知を受けた者は，サービス利用計画の作成を依頼する指定相談支援事業者等を決定し，又は変更したときは，サービス利用計画作成依

頼(変更)届出書(様式第21号)により届出するものとする。
４　町長は，法第32条の規定により認定を取り消すときには，サービス利用計画作成対象障害者等認定取消通知書(様式第22号)により当該認定者に通知するものとする。
(高額障害福祉サービス費の支給等)
第１７条　法第33条に規定する高額障害福祉サービス費の支給を受けようとする者は，高額障害福祉サービス費支給申請書(様式第23号)により町長に申請するものとする。
２　町長は，前項の規定による申請があったときは，その内容を審査し，支給の可否を高額障害福祉サービス費支給(不支給)決定通知書(様式第24号)により，当該申請者に通知するものとする。
(自立支援医療費の支給認定等)
第１８条　政令第1条第2号に規定する更生医療(以下「更生医療」という。)に係る省令第35条第1項に規定する申請をしようとする者は，自立支援医療費(更生医療)支給申請書(新規・再認定・変更)(様式第25号)により申請するものとする。
２　町長は，前項の申請があった場合，法第54条第1項及び第56条第2項の規定により，自立支援医療費の支給の認定を行ったときは，自立支援医療費(更生医療)支給認定通知書(様式第26号)に自立支援医療受給者証(以下「医療受給者証」という。)(様式第27号)及び自己負担上限額管理票(様式第28号)を添えて当該申請者に通知するものとする。
３　町長は，支給認定を行わないことと決定したときは，自立支援医療費(更生医療)不支給決定通知書(様式第29号)により当該申請者に通知するものとする。
４　町長は，第1項の認定又は前項の決定をするときは，身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号。以下「身障法」という。)第11条第1項に規定する身体障害者更生相談所(以下「更生相談所」という。)の判定に基づくものとする。
(自立支援医療費の支給認定の変更等)
第１９条　更生医療に係る省令第45条第1項に規定する申請をしようとする者は，自立支援医療費(更生医療)支給申請書(新規・再認定・変更)(様式第25号)により申請するものとする。
２　町長は，前項の申請があった場合又は職権により支給の認定の変更を行ったときは，その変更内容を訂正記載した医療受給者証を交付するものとする。
３　町長は，同条第1項の申請について，支給認定の変更を認定しないことと決定したときは，自立支援医療費(更生医療)変更認定却下通知書(様式第30号)により当該申請者に通知するものとする。
(居住地等の変更)
第２０条　省令第47条第1項の規定による居住地等の変更の届出をしようとする者は，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31号)により届出するものとする。
(医療受給者証の再交付の申請)
第２１条　省令第48条第1項に規定する申請をしようとする者は，自立支援医療受給者証再交付申請書(様式第32号)により申請するものとする。
(支給認定の取消通知)
第２２条　町長は，法第57条第1項の規定により，支給認定の取消しの決定をしたときは，支給認定取消通知書(様式第33号)により通知し，医療受給者証の返還を求

めるものとする。

(判定依頼)

第２３条　町長は，法第74条第1項の規定により更生相談所の意見を求めるときは，判定依頼書(様式第34号)を当該更生相談所に送付するものとする。

(補装具費の支給の手続)

第２４条　省令第65条の7第1項に規定する補装具費の支給を申請しようとする者は，補装具費(購入・修理)支給申請書(様式第35号)に補装具費支給事務取扱指針(平成18年9月29日付障発第0929006号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知。以下「ガイドライン」という。)に基づく医師により作成された補装具費支給意見書(以下「意見書」という。)(様式第36号)を添付して町長に申請しなければならない。ただし，身障法第15条第4項に規定する身体障害者手帳によって当該申請に係る身体障害者等が補装具の購入又は修理を必要とする者であることを確認できるときは，意見書の添付を省略することができる。

２　町長は，前項の規定による申請があったときは，必要な調査を行い，調査書(様式第37号)を作成するものとする。

３　町長は，身体障害者等について，申請する補装具がガイドラインに基づき身障法第9条の規定による更生相談所の判定が必要な補装具であると認めるときは，判定依頼書(様式第38号)により補装具費支給の要否について更生相談所に判定を依頼し，判定通知書(様式第39号)を当該申請者に通知するものとする。ただし，当該申請者は，第1項の申請に当たり，意見書の提出を省略することができるものとする。

(補装具費の支給の決定等)

第２５条　町長は，補装具費の支給を決定したときは，補装具費支給決定通知書(様式第40号)により当該申請者に通知するとともに，補装具費支給券(様式第41号)を交付するものとする。

２　町長は，補装具費の支給を認めなかったときは，補装具費支給却下決定通知書(様式第42号)により当該申請者に通知するものとする。

(補装具費の返還)

第２６条　町長は，虚偽その他不正な手段により補装具費の支給を受けた者があるときは，当該補装具費の支給に要した費用の全部若しくは一部を返還させなければならない。

(台帳の整理)

第２７条　町長は，補装具費の支給状況を明確にするために，補装具交付(修理)申請決定処理簿(様式第43号)を整備するものとする。

(その他)

第２８条　この規則に定めるもののほか，必要な事項は，町長が別に定める。

附　則

この規則は，公布の日から施行し，平成18年10月1日から適用する。

附　則(平成24年規則第11号)

この規則は，平成24年4月1日から施行する。

附　則(平成25年規則第4号)

この規則は，平成25年4月1日から施行する。

附　則(平成26年規則第23号)

この規則は，平成26年7月1日から施行する。

附　則(平成28年規則第1号)

(施行期日)

1　この規則は，行政不服審査法(平成26年法律第68号)の施行の日(平成28年4月1日)から施行する。

(経過措置)

2　行政庁の処分その他の行為又は不作為についての不服申立てに関する手続であってこの規則の施行前にされた行政庁の処分その他の行為又はこの規則の施行前にされた申請に係る行政庁の不作為に係るものについては，なお従前の例による。

3　この規則の施行の際，第2条の規定による改正前の五霞町情報公開条例施行規則，第3条の規定による改正前の五霞町個人情報保護条例施行規則，第4条の規定による改正前の五霞町特定個人情報保護条例施行規則，第6条の規定による改正前の五霞町圏央道五霞インターチェンジ周辺地区における土地区画整理事業に伴う固定資産税の減免の特例に関する規則，第7条の規定による改正前の五霞町公の施設に係る指定管理者の指定の手続等に関する条例施行規則，第8条の規定による改正前の五霞町医療費助成に関する条例施行規則，第9条の規定による改正前の五霞町医療福祉費支給に関する条例施行規則，第10条の規定による改正前の五霞町茨城県青少年のための環境整備条例の施行に関する規則，第11条の規定による改正前の五霞町災害弔慰金の支給等に関する条例施行規則，第12条の規定による改正前の五霞町児童福祉法施行細則，第13条の規定による改正前の五霞町立児童館管理規則，第14条の規定による改正前の五霞町保育の必要性の認定基準に関する条例施行規則，第15条の規定による改正前の五霞町特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業者の確認等に関する規則，第16条の規定による改正前の五霞町特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用者負担に関する規則，第17条の規定による改正前の五霞町児童手当等事務処理規則，第18条の規定による改正前の五霞町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，第19条の規定による改正前の五霞町身体障害者福祉法施行細則，第20条の規定による改正前の五霞町知的障害者福祉法施行細則，第21条の規定による改正前の五霞町隣保館の設置及び管理に関する条例施行規則，第22条の規定による改正前の五霞町国民健康保険規則，第23条の規定による改正前の五霞町高額療養費貸付金条例施行規則，第24条の規定による改正前の五霞町国民健康保険税条例施行規則，第25条の規定による改正前の五霞町介護保険条例施行規則，第26条の規定による改正前の五霞町養育医療の給付等に関する規則，第27条の規定による改正前の五霞町廃棄物の処理及び清掃に関する規則，第28条の規定による改正前の五霞町土砂等による土地の埋立て，盛土及びたい積の規制に関する条例施行規則，第29条の規定による改正前の五霞町空き地の雑草等の除去に関する条例施行規則，第30条の規定による改正前の五霞町ペット霊園等の設置の適正化に関する条例施行規則，第31条の規定による改正前の五霞町農業集落排水処理施設の設置及び管理に関する条例施行規則，第32条の規定による改正前の五霞町農業集落排水処理施設設置事業分担金徴収条例施行規則，第33条の規定による改正前の五霞町都市公園条例施行規則，第34条の規定による改正前の五霞町茨城県屋外広告物条例の施行に関する規則及び第35条の規定による改正前の岩井・境都市計画五霞町公共下水道事業受益者負担に関する条例施行規則に規定する様式による用紙で，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。

様式第1号(第2条関係)

(表)

(介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

五霞町長　　様
次のとおり申請します。

申請年月日　　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="5">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2" rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">支給申請に係る障害児氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>続　柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳番号</td><td></td><td>療育手帳番号</td><td></td><td>精神障害者保健福祉手帳番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証の記号及び番号(※)</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">保険者名及び番号(※)</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">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。)</td><td colspan="2">有　・　無</td></tr>
</table>

※　「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。

<table>
<tr><td rowspan="4">サービス利用の状況</td><td rowspan="2">障害福祉関係サービス</td><td>障害支援区分の認定</td><td>有・無</td><td>区分　1　2　3　4　5　6</td><td>有効期間</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">利用中のサービスの種類と内容等</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保険サービス</td><td>要介護認定</td><td>有・無</td><td>要介護度</td><td colspan="3">要支援(　)・要介護　1　2　3　4　5</td></tr>
<tr><td colspan="6">利用中のサービスの種類と内容等</td></tr>
<tr><td rowspan="15">申請するサービス</td><td rowspan="2">区分</td><td colspan="2">サービスの種類</td><td rowspan="2">申請に係る具体的内容</td></tr>
<tr><td>介護給付費</td><td>訓練等給付費</td></tr>
<tr><td rowspan="6">訪問系・その他</td><td>□居宅介護</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="14"></td></tr>
<tr><td>□重度訪問介護</td></tr>
<tr><td>□行動援護</td></tr>
<tr><td>□児童デイサービス</td></tr>
<tr><td>□短期入所</td></tr>
<tr><td>□重度障害者等包括支援</td></tr>
<tr><td rowspan="6">日中活動系</td><td>□療養介護</td><td>□自立訓練(機能訓練)</td></tr>
<tr><td>□生活介護</td><td>□自立訓練(生活訓練)</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td>□宿泊型自立訓練</td></tr>
<tr><td>□就労移行支援</td></tr>
<tr><td>□就労移行支援(養成施設)</td></tr>
<tr><td>□就労継続支援A型</td></tr>
<tr><td>□就労継続支援B型</td></tr>
<tr><td>居住系</td><td>□共同生活援助(グループホーム)</td><td>□施設入所支援</td></tr>
<tr><td rowspan="3">旧法施設支援</td><td>□旧身体障害者更生施設(入所・通所)</td><td>□旧身体障害者療護施設(入所・通所)</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>□旧身体障害者授産施設(入所・通所)</td><td>□旧知的障害者更生施設(入所・通所)</td></tr>
<tr><td>□旧知的障害者授産施設(入所・通所)</td><td>□旧知的障害者通勤寮</td></tr>
</table>

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，五霞町から指定相談支援事業者，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

（裏）

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（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	□　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であって，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 3　市町村民税非課税世帯に属する者であって，2以外のもの	
	□　Ⅱ　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，個別減免を申請します。 1　グループホーム入居者，施設入所者（注）（20歳以上） 2　市町村民税非課税世帯の者 3　一定の資産を有していないこと ア　預貯金等の額が350万円以下であること イ　不動産を所有していない（親族等が現に居住する不動産を除く）	
	□　Ⅲ　特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事軽減措置） 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。	
	〈20歳以上の方〉 1　施設入所者（注）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　施設入所者（注）であること（年齢　歳）
	□　Ⅳ　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（□定率負担減免措置　□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。	
世帯範囲の特例	□　下記のいずれにもあてはまるため，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，障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 2　医療保険制度において，同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。	

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。

（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，特定旧法指定施設）

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

様式第2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)支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　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)(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，受給者証を交付しますので通知します。

記

<table>
<tr><td colspan="2">受給者証番号</td><td colspan="3"></td><td>支給決定障害者(保護者)氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">支給決定年月日</td><td colspan="3"></td><td>支給決定に係る障害児氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">障害支援区分</td><td colspan="3"></td><td>障害支援区分の有効期間</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">支給決定内容</td><td>サービスの種類</td><td colspan="2">支援の内容及び支給量</td><td colspan="4">有効期間</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>特記事項</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">利用者負担上限月額</td><td colspan="3">円</td><td>左の上限月額の適用期間</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">特定障害者特別給付費</td><td colspan="3">日額　　円</td><td>左の給付費の適用期間</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">療養介護医療</td><td>公費負担者番号</td><td colspan="3"></td><td>公費受給者番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)の負担上限月額</td><td colspan="3">月額　　円</td><td>食事療養(生活療養)の負担上限月額</td><td colspan="3">月額　　円</td></tr>
<tr><td>上限額の適用期間</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

不服申立て及び取消訴訟

1　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)，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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第3号(第3条関係)

却下決定通知書

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　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)(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　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。),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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第4号(第4条関係)

障害支援区分認定通知書

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　印

年　　月　　日付けの介護給付費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		
	理由		
障害支援区分の認定の有効期間			
(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

1　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)，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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第5号(第5条関係)

(一)

障害福祉サービス受給者証		
受給者証番号		
支給決定障害者等	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
障害児	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		1　2　3
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び印		

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

(三)

旧法施設支援		
サービス種別		
支給量等		障害支援区分
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで	
サービス種別		
支給量等		障害支援区分
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで	
サービス種別		
支給量等		障害支援区分
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで	
サービス種別		
支給量等		障害支援区分
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで	
備考欄		

（四）

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

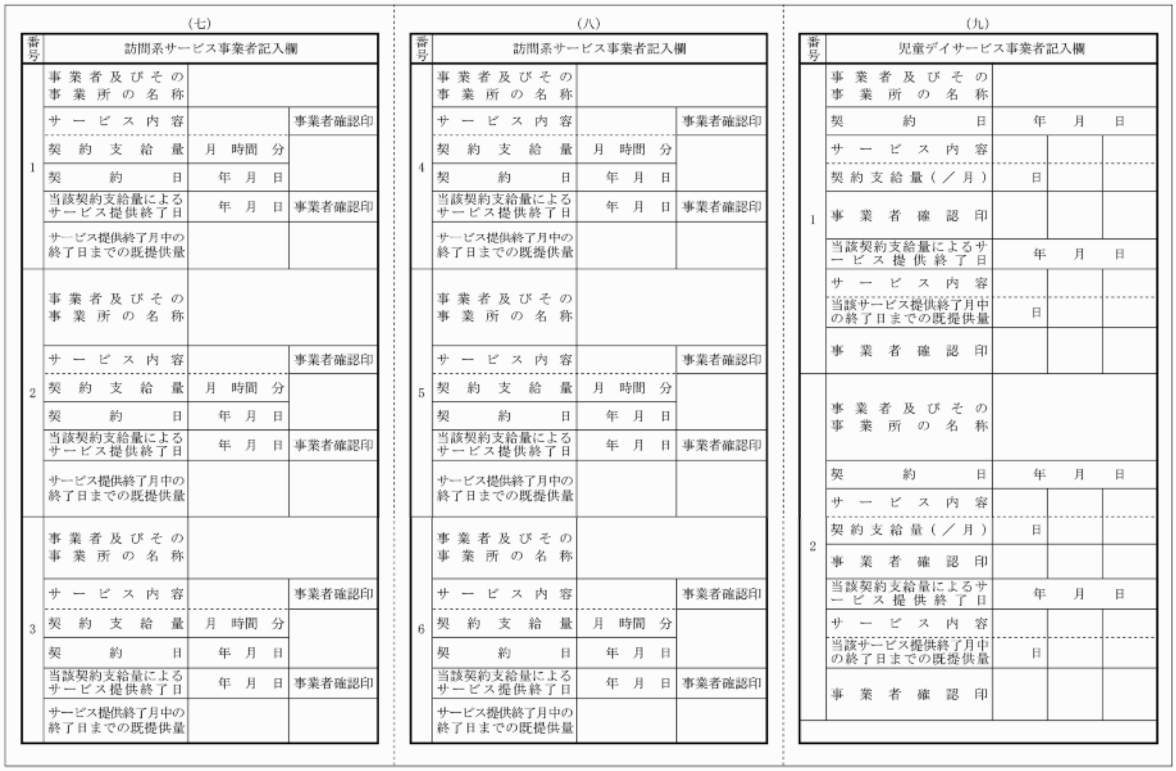
（五）

サービス利用計画作成費の支給内容	
支給期間	年　月　日から　年　月　日まで
指定相談支援事業所名	
指定相談支援事業所名	
予備欄	

特定障害者特別給付費の支給内容	
支給額	円／日
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（六）

利用者負担に関する事項			
利用者負担割合（原則）	1割	負担上限月額	
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで		
社会福祉法人等による軽減措置の適用			
軽減適用期間	年　月　日から　年　月　日まで		
利用者負担上限額管理対象者該当の有無			
利用者負担上限額管理事業所名			
特記事項欄			
予備欄			



（七）

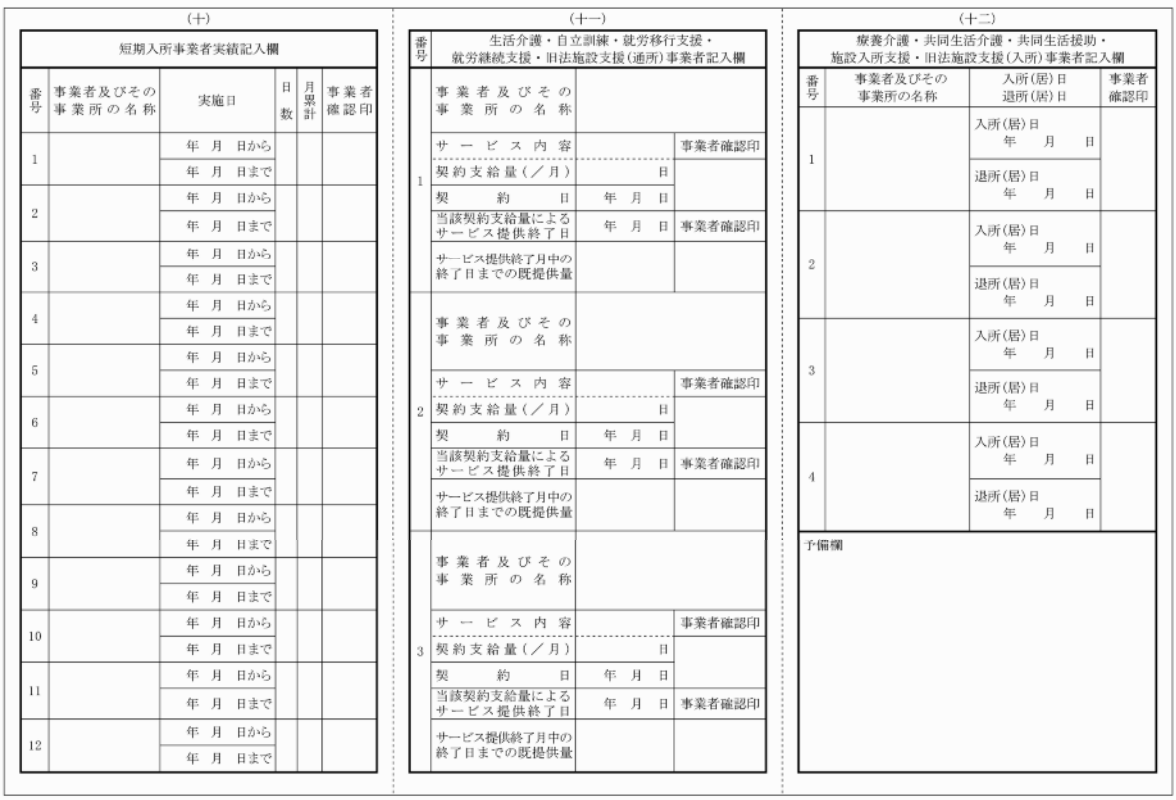
番号	訪問系サービス事業者記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月時間分	
	契約日	年月日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年月日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月時間分	
	契約日	年月日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年月日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月時間分	
	契約日	年月日	
	当該契約支給量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既提供量		

（八）

番号	訪問系サービス事業者記入欄		
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
	契約支給量	月時間分	
	契約日	年月日	
	当該契約支給量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既提供量		
5	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
	契約支給量	月時間分	
	契約日	年月日	
	当該契約支給量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既提供量		
6	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
	契約支給量	月時間分	
	契約日	年月日	
	当該契約支給量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既提供量		

（九）

番号	児童デイサービス事業者記入欄			
1	事業者及びその事業所の名称			
	契約日	年	月	日
	サービス内容			
	契約支給量（／月）	日		
	事業者確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日
	サービス内容			
	当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日		
	事業者確認印			
2	事業者及びその事業所の名称			
	契約日	年	月	日
	サービス内容			
	契約支給量（／月）	日		
	事業者確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年	月	日
	サービス内容			
	当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日		
	事業者確認印			



(十)

短期入所事業者実績記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業者確認印
1		年 月 日から 年 月 日まで			
2		年 月 日から 年 月 日まで			
3		年 月 日から 年 月 日まで			
4		年 月 日から 年 月 日まで			
5		年 月 日から 年 月 日まで			
6		年 月 日から 年 月 日まで			
7		年 月 日から 年 月 日まで			
8		年 月 日から 年 月 日まで			
9		年 月 日から 年 月 日まで			
10		年 月 日から 年 月 日まで			
11		年 月 日から 年 月 日まで			
12		年 月 日から 年 月 日まで			

(十一)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援・旧法施設支援(通所)事業者記入欄

番号			
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
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量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既提供量		
2	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
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量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既提供量		
3	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
	契約支給量(／月)	日	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量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既提供量		

(十二)

療養介護・共同生活介護・共同生活援助・施設入所支援・旧法施設支援(入所)事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日	事業者確認印
1		入所(居)日 年 月 日 退所(居)日 年 月 日	
2		入所(居)日 年 月 日 退所(居)日 年 月 日	
3		入所(居)日 年 月 日 退所(居)日 年 月 日	
4		入所(居)日 年 月 日 退所(居)日 年 月 日	

予備欄

（十三）

注意事項欄
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。 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。 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。 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，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1割です。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。）。また，食事等に要する費用について，特定障害者特別給付費欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。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。 5　負担上限月額及び特定障害者特別給付費については，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。 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。

（十四）

注意事項欄
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。） 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。 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。 10　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。 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。 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。 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。

様式第6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	
	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				

注意事項欄
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。 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一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ことがあります。

様式第7号(第6条関係)

(表)

(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

五霞町長　　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="3">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">支給申請に係る障害児氏名</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>身体障害者手帳番号</td><td></td><td>療育手帳番号</td><td></td><td>精神障害者保健福祉手帳番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">被保険者証の記号及び番号(※)</td><td colspan="2"></td><td>保険者名及び番号(※)</td><td></td></tr>
</table>

※　「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。

<table>
<tr><td rowspan="4">サービス利用の状況</td><td rowspan="2">障害福祉関係サービス</td><td>障害支援区分の認定</td><td>有・無</td><td>区分　１２３４５６</td><td>有効期間</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">利用中のサービスの種類と内容等</td></tr>
<tr><td rowspan="2">介護保険サービス</td><td>要介護認定</td><td>有・無</td><td>要介護度</td><td colspan="2">要支援(　)・要介護　１２３４５</td></tr>
<tr><td colspan="5">利用中のサービスの種類と内容等</td></tr>
<tr><td colspan="2">変更の理由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="15">変更を申請するサービス</td><td rowspan="2">区分</td><td colspan="2">サービスの種類</td><td rowspan="2">申請に係る具体的内容</td></tr>
<tr><td>介護給付費</td><td>訓練等給付費</td></tr>
<tr><td rowspan="6">訪問系・その他</td><td>□居宅介護</td><td rowspan="6"></td><td rowspan="13"></td></tr>
<tr><td>□重度訪問介護</td></tr>
<tr><td>□行動援護</td></tr>
<tr><td>□児童デイサービス</td></tr>
<tr><td>□短期入所</td></tr>
<tr><td>□重度障害者等包括支援</td></tr>
<tr><td rowspan="5">日中活動系</td><td>□療養介護</td><td>□自立訓練(機能訓練)</td></tr>
<tr><td>□生活介護</td><td>□自立訓練(生活訓練)</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td>□就労移行支援</td></tr>
<tr><td>□就労継続支援(A型)</td></tr>
<tr><td>□就労継続支援(B型)</td></tr>
<tr><td>居住系</td><td>□共同生活支援(グループホーム)</td><td>□施設入所支援</td></tr>
<tr><td rowspan="3">旧法施設支援</td><td>□身体障害者更生施設(入所・通所)</td><td>□身体障害者療護施設(入所・通所)</td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>□身体障害者授産施設(入所・通所)</td><td>□知的障害者更生施設(入所・通所)</td></tr>
<tr><td>□知的障害者授産施設(入所・通所)</td><td>□知的障害者通勤寮</td></tr>
</table>

（裏）

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（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	□　Ⅰ　負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用（の変更）を申請します。 （あてはまるものに〇をつける。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であって，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 3　市町村民税非課税世帯に属する者であって，2以外のもの	
	□　Ⅱ　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，個別減免（の変更）を申請します。 1　グループホーム入居者，施設入所者（注）（20歳以上） 2　市町村民税非課税世帯の者 3　一定の資産を有していないこと ア　預貯金等の額が350万円以下であること イ　不動産を所有していない（親族等が現に居住する不動産を除く）	
	□　Ⅲ　特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食事軽減措置） 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（の変更）を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1　施設入所者（注）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　施設入所者（注）であること（年齢　　歳）
	□　Ⅳ　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（□定率負担減免措置　□補足給付の特例措置）（の変更）を申請等します。 ※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。	
世帯範囲の特例	□　下記のいずれにもあてはまるため，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，障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 2　医療保険制度において，同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。	

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。

（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，特定旧法指定施設）

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

様式第8号(第7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

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　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)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

<table>
<tr><td>受給者証番号</td><td colspan="10"></td><td>支給決定障害者(保護者)氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>変更年月日</td><td colspan="10"></td><td>支給決定に係る障害児氏名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">変更の内容</td><td>変更前</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td>変更後</td><td colspan="12"></td></tr>
</table>

受給者証を五霞町健康福祉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。

提出先　五霞町役場健康福祉課

住所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

提出期限　　年　　月　　日

不服申立て及び取消訴訟

1　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)，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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第9号(第7条関係)

変更却下決定通知書

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　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)の変更支給)(及び)(利用者負担額減額・免除等の変更)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　変更事項

2　却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

1　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。),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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第10号(第8条関係)

障害支援区分変更認定通知書

第　　号

年　　月　　日

様

五霞町長　　印

　　年　　月　　日付けの介護給付費の(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　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
	理由	
障害支援区分の認定の有効期間		

(留意事項)

1　上記の障害支援区分の結果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。

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

1　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。),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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第11号(第9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)支給申請書

【　　年　　月分】

五霞町長　　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)の支給を申請します。

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td colspan="3">受給者証番号</td></tr>
<tr><td>申請者氏名</td><td colspan="3"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>申請者生年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td>続柄</td></tr>
<tr><td>支給決定に係る障害児氏名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">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　請求額</td><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td>申請書提出者</td><td colspan="6">□申請者本人　□申請者本人以外(下の欄に記入)</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">申請者との関係</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6">〒
電話番号</td></tr>
</table>

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)を下記の口座に振り込んでください。

<table>
<tr><td rowspan="6">口座振込依頼欄</td><td colspan="2">銀行
信用金庫
信用組合
農協</td><td colspan="2">本店
支店
支所
出張所</td><td>種目</td><td colspan="7">1　普通　2　当座　3　その他</td></tr>
<tr><td colspan="4" rowspan="2">口座番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">金融機関コード</td><td colspan="2">店舗コード</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義人</td><td colspan="9"></td></tr>
</table>

（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12号(第10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)支給(不支給)決定通知書

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　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)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　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35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

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)申請額		円	
支給決定の内容			
支給	□　する　□　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　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。),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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ
住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1
電話番号　0280―84―1111

様式第13号(第12条関係)

介護給付費等の額の特例申請書

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　印

介護給付費等の額の特例を受けたいので，次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		受給者証番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
支給決定に係る障害児氏名			続　柄	
申請の理由				

備考

1　この申請は，災害による住宅等の損害，生計中心者の死亡，長期入院等による著しい収入減，事業の廃止等による生計中心者の著しい収入減及び農作物の不作，不漁等による生計中心者の著しい収入減があった場合に，行うことができます。

2　申請の理由は，1の事実について記入してください。

3　この申請書には,受給者証及び上記事実を確認することができる書類を添付してください。

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		

健康福祉課記入欄

収入状況確認	災害状況等確認	備考

様式第14号(第12条関係)

介護給付費等の額の特例認定決定通知書

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　印

年　　月　　日付けで申請のあった介護給付費等の額の特例の認定については，次のとおり決定したので通知します。

受給者証番号										申請者氏名	

決定年月日	年　　月　　日
決定事項	
1　承認する	適用年月日　　(承認内容) 有効期限
2　承認しない	理由

不服申立て及び取消訴訟

1　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)，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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第15号(第12条関係)

（表面）

介護給付費等の額の特例に関する認定証

交付年月日　　年　月　日

受給者	番　号	
	住　所	
	フリガナ	
	氏　名	
	生年月日	年　月　日
	適用年月日	年　月　日から
	有効期限	年　月　日まで
額の特例に関する認定事項		給付率　　／100
支給市町村名及び印		五霞町

（裏面）

注意事項

一　障害福祉サービスを受けるときは，必ず事前に，この認定証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

二　障害福祉サービスを受けるときに支払う金額は，サービス費用からサービス費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。

三　額の特例に関する認定の要件に該当しなくなったとき，又は認定証の有効期限に至ったときは，遅滞なく，この証を町に返してください。

四　この証の表面の記載事項に変更があったときは，十四日以内に，この証を添えて，町にその旨を届け出てください。

五　不正にこの証を使用した者は，刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

様式第16号(第13条関係)

申請内容変更届出書

五霞町長　　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	
支給決定に係る障害児氏名		生年月日	年　　月　　日

届出書提出者	□支給決定障害者等(本人)　□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○をしてください。)	支給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17号(第14条関係)

受給者証再交付申請書

五霞町長　　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　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	
支給決定に係る障害児氏名		生年月日	年　　月　　日

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		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。)

様式第18号(第15条関係)

支給決定取消通知書

第　　号

年　　月　　日

様

五霞町長　　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。

記

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										支給決定に係る障害児氏名	
取消理由											

受給者証を五霞町健康福祉課に返還してください。

返還先　五霞町役場健康福祉課

住所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

返還期限　　年　　月　　日

不服申立て及び取消訴訟

1　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。),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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第19号(第16条関係)

サービス利用計画作成対象障害者等認定申請書

五霞町長　　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　月　日

<table>
<tr><td colspan="2">受給者証番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="4">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">認定申請に係る障害児氏名</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>続柄</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>申請書提出者</td><td colspan="4">□申請者本人　□申請者本人以外(下の欄に記入)</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">申請者との関係</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="4">〒
電話番号</td></tr>
</table>

様式第20号(第16条関係)

サービス利用計画作成対象障害者等認定通知書

第　　号

年　月　日

様

五霞町長　　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32条第1項の規定に基づき，サービス利用計画作成費の支給について，下記のとおり決定したので通知します。

記

<table>
<tr><td>受給者証番号</td><td colspan="9"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>支給決定障害者(保護者)氏名</td><td colspan="5"></td><td colspan="2">認定に係る障害児氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">認定する</td><td colspan="3">認定日</td><td colspan="3"></td><td colspan="2">支給期間</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="10">理由</td></tr>
<tr><td>認定しない</td><td colspan="10"></td></tr>
</table>

不服申立て及び取消訴訟

1　この処分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月以内に町長に対し審査請求をすることができます。

2　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，五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)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3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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第21号(第16条関係)

サービス利用計画作成依頼(変更)届出書

<table>
<tr><td colspan="8"></td><td>区分
新規・変更</td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">申請者</td><td colspan="7">氏　　名</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td colspan="7">フリガナ</td><td rowspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="7">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td rowspan="3">支給決定に係る障害児</td><td colspan="5">氏　　名</td><td>続柄</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td colspan="5">フリガナ</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>身体障害者手帳番号</td><td colspan="2"></td><td>療育手帳番号</td><td colspan="2"></td><td>精神障害者保健福祉手帳番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="9">サービス利用計画の作成を依頼(変更)する事業者</td></tr>
<tr><td colspan="4">事業者の事業所名</td><td colspan="5">事業所の所在地
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="9">事業所を変更する場合の事由等(事業所を変更する場合のみ記入してください)
変更年月日
(　　年　　月　　日付)</td></tr>
</table>

五霞町長　様

上記の指定相談支援事業者にサービス利用計画の作成を依頼することを届出します。

年　　月　　日

住　所

支給決定障害者等

氏　名

電話番号

（注意）

1　この届出書は，サービス利用計画の作成を依頼する事業所が決まり次第に，速やかに五霞町へ提出してください。

2　サービス利用計画の作成を依頼する事業所を変更するときは，変更年月日を記入の上，必ず五霞町に提出してください。届出のない場合は，サービスに係る費用を一旦，全額自己負担していただくことがあります。

様式第22号(第16条関係)

サービス利用計画作成対象障害者等認定取消通知書

第　　号

年　　月　　日

様

五霞町長　　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32条第1項の規定に基づき，下記のとおり認定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証番号										支給決定障害者(保護者)氏名	
認定取消日										認定に係る障害児氏名	
取消理由											

受給者証を五霞町健康福祉課に返還してください。

返還先　五霞町役場健康福祉課

住所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

返還期限　　年　　月　　日

不服申立て及び取消訴訟

1　この処分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月以内に町長に対し審査請求をすることができます。

2　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,五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)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3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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第23号(第17条関係)

高額障害福祉サービス費支給申請書

五霞町長　　様

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス費の支給を申請します。

申請年月日　　年　月　日

<table>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td colspan="12">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</td></tr>
<tr><td rowspan="2">申請者氏名(支給決定障害者等氏名)</td><td rowspan="2"></td><td>制度</td><td colspan="11">受給者証番号・被保険者証番号</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td colspan="12"></td></tr>
<tr><td>居住地</td><td colspan="13">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td>続　柄</td><td colspan="11"></td></tr>
<tr><td>支給決定に係る障害児氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="11">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="3">サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額</td><td></td><td rowspan="2">申請に係るサービス利用月</td><td colspan="8" rowspan="2">年　月分</td></tr>
<tr><td colspan="3">サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="10">同一世帯に属する他の支給決定障害者等</td><td>氏　名</td><td>生年月日</td><td colspan="12">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</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>制度</td><td colspan="11">受給者証番号・被保険者証番号</td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>

（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費を下記の口座に振り込んでください。

<table>
<tr><td rowspan="5">口座振替依頼書</td><td colspan="2">銀行
信用金庫
信用組合</td><td colspan="2">本店
支店
出張所</td><td>種目</td><td colspan="7">口座番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">金融機関コード</td><td colspan="2">店舗コード</td><td rowspan="2">1普通預金
2当座預金
3その他</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">口座名義人</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>申請書提出者</td><td colspan="8">□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td><td rowspan="2">申請者との関係</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="8">〒
電話番号</td></tr>
</table>

様式第24号(第17条関係)

高額障害福祉サービス費支給(不支給)決定通知書

第　　号

年　　月　　日

様

五霞町長　　印

年　　月　　日に申請のありました高額障害福祉サービス費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33条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	
支給決定に係る障害児氏名			
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	円
支給	□する　□しない	支給金額	
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

1　この処分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月以内に茨城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月以内に五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。),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。

(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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第25号(第18条，第19条関係)

自立支援医療費(更生医療)支給申請書(新規・再認定・変更)

※1

<table>
<tr><td rowspan="4">障害者・児</td><td>フリガナ</td><td></td><td>性別</td><td>年齢</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>受診者氏名</td><td></td><td>男・女</td><td>歳</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">電話番号</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診者住所※2</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">受診者が18歳未満の場合</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">受診者との関係</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>保護者氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td rowspan="2">電話番号※2</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>保護者住所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">負担額に関する事項</td><td>受診者の被保険者証の記号及び番号</td><td></td><td>保険者名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受診者と同一保険の加入者</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>該当する所得区分</td><td>生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上</td><td>重度かつ継続</td><td colspan="2">該当・非該当</td></tr>
<tr><td colspan="2">身体障害者手帳番号</td><td></td><td>精神障害者保健福祉手帳番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">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。)</td><td colspan="2">医療機関名</td><td colspan="2">所在地・電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者番号※3</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="6">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　　㊞　※4
年　月　日
五霞町長　様</td></tr>
</table>

※1　新規・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）のいずれかに〇をする。
※2　受診者本人と異なる場合に記入。
※3　再認定又は変更の方のみ記入。
※4　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。

市町村記入欄

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	□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			
備　考					

様式第26号(第18条関係)

第　　号

年　　月　　日

自立支援医療費(更生医療)支給認定通知書

様

五霞町長　　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費(更生医療)の申請は，下記のとおり認定したので通知します。

給付内容				
指定医療機関名	病院・診療所		所在地及び電話番号	
	薬局		所在地及び電話番号	
	訪問看護事業者		所在地及び電話番号	
給付期間				
医療費概算額				
自己負担上限額		月額　　円	支払期限	

様式第27号(第18条関係)

(表)

自立支援医療受給者証

<table>
<tr><td colspan="2">公費負担番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="4" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">自立支援医療費受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="6">受診者</td><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td><td>性別</td><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="5"></td><td>男・女</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>被保険者証の記号及び番号</td><td colspan="5"></td><td>保険者名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>重度かつ継続</td><td colspan="9">該当　・　非該当</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">保護者(受診者が18歳未満の場合記入)</td><td>フリガナ</td><td colspan="6"></td><td>続　柄</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="6"></td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">指定医療機関名</td><td>病院・診療所</td><td colspan="4"></td><td>所在地・電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>薬　局</td><td colspan="4"></td><td>所在地・電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>訪問看護事業者</td><td colspan="4"></td><td>所在地・電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">自己負担上限月額</td><td colspan="9">月額　　円</td></tr>
<tr><td colspan="2">有効期間</td><td colspan="9">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="11">上記のとおり認定する。

年　月　日

五霞町長　　印</td></tr>
</table>

（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

※人工透析を受ける場合は，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28号(第18条関係)

年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日　付	医療機関名	確認印
月　日		

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

様式第29号(第18条関係)

自立支援医療費(更生医療)不支給決定通知書

第　　号

年　　月　　日

様

五霞町長　　印

　　年　　月　　日に申請された自立支援医療費の支給については，下記の理由により認定しませんでしたので通知します。

1　申請事項

2　支給認定を行わない理由

1　この処分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月以内に町長に対し審査請求をすることができます。

2　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，五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)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3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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

住　　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

様式第30号(第19条関係)

第　　号
年　月　日

自立支援医療費(更生医療)変更認定却下通知書

様

五霞町長　　印

年　月　日に申請された自立支援医療費の支給認定の変更については，下記の理由により認定しませんでしたので通知します。

記

1　申請事項

2　変更認定を行わない理由

1　この処分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月以内に町長に対し審査請求をすることができます。

2　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,五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)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3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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ
住　所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1
電話番号　0280―84―1111

様式第31号(第20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)

<table>
<tr><td rowspan="4">受診者</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td>性別</td><td>生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td>男・女</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">保護者(受診者が18歳未満の場合に記入する。)</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">続柄</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">自立支援医療費受給者番号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証の有効期限</td><td colspan="5">年　月　日から　年　月　日まで</td></tr>
<tr><td rowspan="5">変更内容</td><td>事　　項</td><td colspan="2">変更前</td><td colspan="3">変更後</td></tr>
<tr><td>受診者に関する事項(氏名・住所・電話番号)</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>保護者に関する事項(氏名・住所・電話番号)</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>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)</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>身体障害者手帳番号・精神障害者保健福祉手帳番号</td><td colspan="2"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">備　　考</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給申請書に記載された事項について,上記のとおり届け出ます。

届出者氏名　　㊞

年　月　日

五霞町長　　様</td></tr>
</table>

注　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)支給申請書(新規・再認定・変更)に記載すること。

様式第32号(第21条関係)

自立支援医療受給者証再交付申請書

年　　月　　日

五霞町長　　様

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33条第1項の規定により，次のとおり申請します。

<table>
<tr><td rowspan="4">受診者</td><td>フリガナ</td><td colspan="2"></td><td>性別</td><td colspan="2">生年月日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>男・女</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">保護者(受診者が18歳未満の場合に記入する。)</td><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td><td>続柄</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">自立支援医療費受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証の有効期限</td><td colspan="6">年　　月　　日から　　年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td colspan="8">再交付の理由</td></tr>
</table>

様式第33号(第22条関係)

支給認定取消通知書

第　　号
年　　月　　日

様

五霞町長　　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57条第1項の規定により，次のとおり支給認定を取消しましたので通知します。

自立支援医療費受給者番号								支給認定障害者(保護者)氏名	
支給認定取消日								支給認定に係る障害児氏名	
取消理由									

受給者証を五霞町に返還してください。

返還先　五霞町役場健康福祉課

住所　茨城県猿島郡五霞町大字小福田1162番地1

電話番号　0280―84―1111

返還期限　　年　　月　　日

不服申立て及び取消訴訟

1　この処分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月以内に町長に対し審査請求をすることができます。

2　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,五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)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3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

五霞町役場健康福祉課社会福祉グループ

様式第34号(第23条関係)

判定依頼書

<table>
<tr><td colspan="5">第　　号
年　月　日

茨城県福祉相談センター長　様

五霞町長　　印

下記の者に対する判定を依頼する。</td></tr>
<tr><td rowspan="2">身体障害者</td><td>ふりがな
氏　名</td><td colspan="3">年　月　日生
(　歳)</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">男・女</td></tr>
<tr><td>身体障害者手帳</td><td colspan="4">県(市)第　　号　　年　月　日交付(　級)
障害名</td></tr>
<tr><td>障害に関する既往歴・入院歴</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>判定予定月日</td><td>・　・</td><td>来所・巡回・在宅</td><td>備　考</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">※添付資料

(1)　自立支援医療費(更生医療)支給認定申請書の写し

(2)　医師意見書(指定自立支援医療機関(更生医療)において自立支援医療費を主として担当する医師が作成したもの)

(きりとりせん)

判 定 通 知 書

第　　号
年　月　日

様

五霞町長　　印

さきに申請のあった自立支援医療費(更生医療)の支給認定申請については,専門的判定の必要がありますので,下記のとおり判定を受けてください。

なお,当日は,本書を持参の上提示してください。

記

1　日時　　年　月　日(　)　午前・午後　　時から

2　場所　茨城県福祉相談センター

茨城県水戸市三の丸　1―5―38　電話：029(221)4992</td></tr>
</table>

様式第35号(第24条関係)

補装具費(購入・修理)支給申請書

年　月　日

五霞町長　様

(申請者)

住　所

氏　名

対象者との続柄

電　話

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。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td>性　別</td><td></td><td>電　話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="3">身体障害者手帳障害名</td><td>手帳番号</td><td colspan="2">第　号</td><td>交付年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>障害種別</td><td colspan="3"></td><td>障害等級</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">購入･修理を受ける補装具名</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">判定予定日</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">希望する補装具業者</td><td>名　称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>電話</td><td colspan="2"></td><td>FAX</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">該当する所得区分</td><td colspan="6">生活保護　・　(低所得1　・　低所得2)　・　一般　・　一定所得以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯範囲の特例に関する認定</td><td colspan="6">□　下記のいずれにもあてはまるため，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。</td></tr>
<tr><td colspan="2">生活保護への移行予防措置に関する認定</td><td colspan="6">□　生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。</td></tr>
</table>

様式第36号(第24条関係)

補装具費支給意見書

<table>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td>年　月　日生(　歳)</td></tr>
<tr><td colspan="3">障害名及び原因となった疾病・外傷名</td></tr>
<tr><td colspan="3">障害の状況(下記補装具を必要と認める理由が明確となるよう記載する)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">必要と認める補装具</td><td colspan="2">補装具の種目，名称</td></tr>
<tr><td colspan="2">処方</td></tr>
<tr><td colspan="2">使用効果見込み</td></tr>
<tr><td colspan="3">上記のとおり意見する
年　月　日
病院又は診療所名
所在地
診療担当科名
作成医師氏名　㊞</td></tr>
</table>

様式第37号(第24条関係)

調査書

<table>
<tr><td colspan="2">申請年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>申請者氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td colspan="2">住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ
氏　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td>年　月　日</td><td>性　別</td><td></td><td>電　話</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">世帯員の状況</td><td colspan="2" rowspan="2">氏　名</td><td rowspan="2">年　齢</td><td rowspan="2">対象者との続柄</td><td colspan="2">課税状況</td><td>備考</td></tr>
<tr><td>課税区分</td><td>市民税所得割</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">非課税世帯</td><td>氏　名</td><td>所　得</td><td>障害年金</td><td>手　当</td><td colspan="2">合　計</td></tr>
<tr><td></td><td>円</td><td>円</td><td>円</td><td colspan="2">円</td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯区分</td><td colspan="6">1　生活保護　(2　低所得1　3　低所得2)　4　一般　5　一定所得以上</td></tr>
<tr><td colspan="2">基準額</td><td>見積額</td><td colspan="2">利用者負担額</td><td colspan="3">公費負担額</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td>円</td><td colspan="2" rowspan="3">円</td><td colspan="3" rowspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="3">月額負担上限額</td></tr>
<tr><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td>用具名</td><td>基準額</td><td>見積額</td><td>利用者負担</td><td colspan="3">公費負担</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>合　計</td><td></td><td></td><td></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="8">上記のとおり確認しました。
年　月　日　　調査者</td></tr>
</table>

様式第38号(第24条関係)

判定依頼書

第　　号

年　　月　　日

茨城県福祉相談センター長　様

五霞町長　　印

下記の者に対する判定を依頼する。

記

氏　名		年　月　日生		住　所	
手帳　　号　年　月　日交付			医療保険名		
長期給付の内容(現在被保険者であればそれも含む)					
家族関係					
生育・職業歴					
障害に関する既往歴			最近5年間の補装具交付・修理状況 年　月 年　月 年　月 年　月 年　月		
現在受療中の医療機関名					
判定依頼事項		通所，巡回，在宅			

様式第39号(第24条関係)

判定通知書

第　　号

年　　月　　日

様

五霞町長　　印

さきに申請のあった　　については,専門的判定の必要がありますので　　年　　月　　日に茨城県福祉相談センター長において判定を行うことになりました。

なお，当日は本書を持参してください。

記

1　身体障害者手帳番号

2　判定依頼事項

様式第40号(第25条関係)

補装具費支給決定通知書

第　　号

年　　月　　日

様

五霞町長　　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。

<table>
<tr><td rowspan="3">対象者</td><td>住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏　　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td>年　月　日</td><td>性別</td><td></td><td>電話</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">支給番号</td><td></td><td>支給決定日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">決定内容</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">補装具業者</td><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基準額</td><td>見積額</td><td>利用者負担額</td><td colspan="2">公費負担額</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td>円</td><td rowspan="3">円</td><td colspan="2" rowspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="3">月額負担上限額</td></tr>
<tr><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="6">備考欄</td></tr>
</table>

様式第41号(第25条関係)

補装具費支給券

<table>
<tr><td colspan="2">支給番号</td><td></td><td>支給決定日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保護者氏名</td><td colspan="2"></td><td>続　柄</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">補装具の名称</td><td></td><td>修理部位</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">補装具業者</td><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基準額</td><td>見積額</td><td>利用者負担額</td><td colspan="3">公費負担額</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td>円</td><td rowspan="3">円</td><td colspan="3" rowspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="3">月額負担上限額</td></tr>
<tr><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり決定する。
年　月　日
五霞町長　印</td></tr>
<tr><td>判定検査</td><td>判定年月日</td><td>年　月　日</td><td>判定員職氏名</td><td colspan="2">印</td></tr>
<tr><td>受　領</td><td>受領年月日</td><td>年　月　日</td><td>受領者氏名</td><td>印</td><td>本人との関係</td></tr>
</table>

様式第42号(第25条関係)

補装具費支給却下決定通知書

第　　号

年　　月　　日

様

五霞町長　　印

　　年　　月　　日に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については，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月以内に町長に対して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月以内に限り，五霞町を被告として(訴訟において五霞町を代表する者は町長となります。)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3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。)。

様式第43号(第27条関係)

補装具交付(修理)申請決定処理簿

受付番号(指導台帳番号)	申請書受付年月日	申請の内容				交付修理の別	判定依頼(受付)年月日	給付決定(却下)の有無	決定の内容				摘要(引渡し年月日等)
		居住地	氏名	補装具の内容	委託業者名				給付年月日	委託総額	自己負担額	公費負担額	
						交付 修理				円	円	円	
						交付 修理							
						交付 修理							
						交付 修理							
						交付 修理							
						交付 修理							

様式第１号(第2条関係)
様式第２号(第3条関係)
様式第３号(第3条関係)
様式第４号(第4条関係)
様式第５号(第5条関係)
様式第６号(第5条関係)
様式第７号(第6条関係)
様式第８号(第7条関係)
様式第９号(第7条関係)
様式第１０号(第8条関係)
様式第１１号(第9条関係)
様式第１２号(第10条関係)
様式第１３号(第12条関係)
様式第１４号(第12条関係)
様式第１５号(第12条関係)
様式第１６号(第13条関係)
様式第１７号(第14条関係)
様式第１８号(第15条関係)
様式第１９号(第16条関係)
様式第２０号(第16条関係)
様式第２１号(第16条関係)
様式第２２号(第16条関係)
様式第２３号(第17条関係)
様式第２４号(第17条関係)
様式第２５号(第18条，第19条関係)
様式第２６号(第18条関係)
様式第２７号(第18条関係)
様式第２８号(第18条関係)
様式第２９号(第18条関係)
様式第３０号(第19条関係)
様式第３１号(第20条関係)
様式第３２号(第21条関係)
様式第３３号(第22条関係)
様式第３４号(第23条関係)
様式第３５号(第24条関係)
様式第３６号(第24条関係)
様式第３７号(第24条関係)
様式第３８号(第24条関係)
様式第３９号(第24条関係)
様式第４０号(第25条関係)
様式第４１号(第25条関係)
様式第４２号(第25条関係)
様式第４３号(第27条関係)