

鳥取県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成19年3月30日

鳥取県知事 片 山 善 博

鳥取県規則第48号

鳥取県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

第1条 鳥取県児童福祉法施行細則（平成3年鳥取県規則第20号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄中下線が引かれた部分（以下この条において「改正部分」という。）に対応する同表の改正後の欄中下線が引かれた部分（以下この条において「改正後部分」という。）が存在する場合には、当該改正部分を当該改正後部分に改め、改正部分に対応する改正後部分が存在しない場合には、当該改正部分を削り、改正後部分に対応する改正部分が存在しない場合には、当該改正後部分を加える。

改正後	改正前
<p>（措置決定の通知等）</p> <p>第10条 知事（権限規則第6条第1項の規定により知事の権限に属する事務が委任されている場合にあっては、当該事務の委任を受けた鳥取県児童相談所設置条例（平成12年鳥取県条例第13号）第1条の規定により設置された児童相談所の長（以下「児童相談所長」という。）。次項において同じ。）は、法第27条第1項第3号若しくは第2項、第27条の2第1項又は第63条の3第1項の規定による措置を採ったときは、措置決定通知書（様式第11号）によりその保護者及び当該施設の長又は里親に通知するものとする。</p> <p>2 略</p>	<p>（措置決定の通知等）</p> <p>第10条 知事（権限規則第6条第1項の規定により知事の権限に属する事務が委任されている場合にあっては、当該委任を受けた鳥取県児童相談所設置条例（平成12年鳥取県条例第13号）第1条の規定により設置された児童相談所の長（以下「児童相談所長」という。）。次項において同じ。）は、法第27条第1項第3号若しくは第2項、第27条の2第1項又は第63条の3第1項の規定による措置を採ったときは、措置決定通知書（様式第11号）によりその保護者及び当該施設の長又は里親に通知するものとする。</p> <p>2 略</p>
<p>（児童福祉施設の設置認可の申請等）</p> <p>第20条 略</p> <p>2 知事（権限規則第6条第1項の規定により知事の権限に属する事務が委任されている場合にあっては、当該事務の委任を受けた福祉事務所長）は、前項の申請書の提出があった場合は、これを審査の上、認可するかどうかを決定し、その結果を当該申請をした者に対し、書面により通知するものとする。</p>	<p>（児童福祉施設の設置認可の申請等）</p> <p>第20条 略</p> <p>2 知事（権限規則第6条第1項の規定により知事の権限に属する事務が委任されている場合にあっては、当該委任を受けた福祉事務所長）は、前項の申請書の提出があった場合は、これを審査の上、認可するかどうかを決定し、その結果を当該申請をした者に対し、書面により通知するものとする。</p>
<p>第31条 この規則に定めるもののほか、この規則の施行に関し必要な事項は、福祉保健部長（権限規則第6条第1項の規定により知事の権限に属する事務の委任を受けた鳥取県行政組織条例（平成6年鳥取県条例第5号）第13条第2項に規定する福祉保健部長</p>	<p>第31条 この規則に定めるもののほか、この規則の施行に関し必要な事項は、福祉保健部長（権限規則第6条第1項の規定により知事の権限に属する当該事務の委任を受けた鳥取県部等設置条例（平成6年鳥取県条例第5号）第1条の規定により設置された福</p>

をいう。)が別に定める。

様式第4号(第5条、第6条関係)

指定療育機関指定(指定事項変更)申請書
児童福祉法第20条第5項の規定による指定療育機関として指定(変更)を受けたいので、次のとおり申請します。

年月日
職氏名様

郵便番号

住所

フリガナ

申請者氏名 印

電話番号

略			
児童の教育に必要な設備	学校の名称	学校の種別	特別支援学校、特別支援学級、教員派遣
	略		

添付書類 略

祉保健部の長をいう。)が別に定める。

様式第4号(第5条、第6条関係)

指定療育機関指定(指定事項変更)申請書
児童福祉法第20条第5項の規定による指定療育機関として指定(変更)を受けたいので、次のとおり申請します。

年月日
職氏名様

郵便番号

住所

フリガナ

申請者氏名 印

電話番号

略			
児童の教育に必要な設備	学校の名称	学校の種別	養護学校、特殊学校、教員派遣
	略		

添付書類 略

第2条 鳥取県児童福祉法施行細則の一部を次のように改正する。

様式第25号の2の裏面を次のように改める。

(裏面)

申請する減免の種類	負担上限月額に関する認定(下記の軽減措置適用前) 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。)
	障害児施設等軽減に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、障害児施設等軽減を申請します。
	個別減免・医療型個別減免に関する認定

- 生活保護受給世帯
- 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
- 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

- 在宅において生活する者又は20歳未満の施設入所者(注1)
- 市町村民税非課税世帯に属する者又は市町村民税課税世帯のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が10万円未満の者
- 申請者(障害児の保護者又は障害者)及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者が一定の不動産(親族等が現に居住する不動産を除く。)等以外の資産を有さないこと。
- 申請者(障害児の保護者又は障害者)及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者の預貯金等の額が次の額以下の者

- ア 申請者の属する世帯が単身世帯であるもの・・・500万円
- イ 申請者の属する世帯が2人以上の世帯であるもの・・・1,000万円

下記の1又は2のいずれかに当てはまるため、個別減免・医療型個別減免を申請します。

<p>1 施設を利用する方が20歳以上の場合（下記項目を満たすこと。）</p> <p>(1) 施設入所者（注1）又は医療型施設入所者（注2）であること。（年齢 歳）</p> <p>(2) 市町村民税非課税世帯の者</p> <p>(3) 一定の資産を有していないこと。</p> <p>ア 預貯金等の額が500万円以下であること。</p> <p>イ 不動産を所有していないこと。（親族等が現に居住する不動産を除く。）</p>	<p>2 施設を利用する方が20歳未満の場合</p> <p>(1) 医療型施設入所者（注2）であること。（年齢 歳）</p>
--	--

特定入所障害児食費等給付費に関する認定（医療型施設は除く。）

下記のいずれにも当てはまるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。

<p>（施設を利用する方が20歳以上の場合）</p> <p>1 施設入所者（注1）であること。（年齢 歳）</p> <p>2 市町村民税非課税世帯の者</p>	<p>（施設を利用する方が20歳未満の場合）</p> <p>1 施設入所者（注1）であること。（年齢 歳）</p>
---	---

生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置又は特例補足給付）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 特例補足給付）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。

（注1） 対象施設は、障害児施設給付費の対象となる入所施設（通所施設は除く。）

（注2） 対象施設は、障害児施設給付費及び障害児施設医療費の対象となる入所施設（通所施設は除く。）

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	
氏名		との関係	
住所	郵便番号	電話番号	

様式第25号の3を次のように改める。

様式第25号の3（第15条の2、第15条の7関係）

（表面）

世帯状況・収入・資産等申告書

職 氏名 様

申告年月日 年 月 日

申告者（保護者）住所

（保護者）氏名

障害児施設等軽減を申請する場合

生計中心者住所

” 氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名	生 年 月 日	本人との関係
申請者			
世帯主			
世帯員			

2 申請者の収入の状況について

(個別減免・補足給付を申請しない場合...、及びのみ記入)
 " 申請する場合...すべて記入

(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
稼得 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、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)()	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手 当又は特別児童扶養手当)()	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
その 他収 入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏面)

3 申請者の資産等について(個別減免及び障害児施設等軽減を申請する場合)

種 類	有無	内 容	
申請者名義の預貯金等	有・無		
申請者名義の不動産等	有・無		一定の親族のための 居住用不動産に該当
			一定の親族のための 居住用不動産に該当
その他の資産	有・無		

* 個別減免の場合については、利用者が20歳以上の場合に上記に本人の状況を記載

4 生計中心者の資産等について(障害児施設等軽減を申請する場合)

種 類	有無	内 容	
生計中心者名義の預貯 金等	有・無		
生計中心者名義の不動 産等	有・無		一定の親族のための 居住用不動産に該当
			一定の親族のための 居住用不動産に該当

その他の資産	有・無
--------	-----

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	郵便番号	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。

様式第25号の5の表面を次のように改める。

（表面）

（一）		（二）			（三）		
障害児施設受給者証		施設給付決定の内容			指定知的障害児施設等の記入欄		
受給者証番号		施設支援の種類 及び内容			指定知的 障害児施 設等の名 称	入所日・退所 日	施設 確認 印
施設 給付 決定 保 護 者	居住地	給付決定期間	年 月 日 から 年 月 日まで	特定入所障害児食費等給付費 の支給内容		入所日 年 月 日 ----- 退所日 年 月 日	
	フリガナ 氏名	支給額		支給額		入所日 年 月 日 ----- 退所日 年 月 日	
	生年月日	適用期間	年 月 日 から 年 月 日まで	利用者負担に関する事項		入所日 年 月 日 ----- 退所日 年 月 日	
障 害 児	フリガナ 氏名	利用者負担 割合（原則）	1 割	負担 上限 月額		入所日 年 月 日 ----- 退所日 年 月 日	
	生年月日	適用期間	年 月 日 から 年 月 日まで	食事提供加算対象者		（予備欄）	
交付年月日	食事提供加算対象者		適用期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
支給都道府県 の名称及び印	特記事項						

様式第25号の9を次のように改める。

（表面）

障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費利用者負担額減額・免除等変更申請書

職 氏名 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		生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日
	居住地	郵便番号	受給者証番号	
			電話番号	
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	昭和 平成 年 月 日
			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
変更理由				

変更申請する減免の種類	<p>負担上限月額に関する認定（下記 の軽減措置適用前） 下記の区分の適用（の変更）を申請します。 （当てはまるものに を付ける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。）</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 		
	<p>障害児施設等軽減に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、障害児施設等軽減（の変更）を申請します。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 在宅において生活する者又は20歳未満の施設入所者（注1） 2 市町村民税非課税世帯に属する者又は市町村民税課税世帯のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が10万円未満の者 3 申請者（障害児の保護者又は障害者）及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者が一定の不動産（親族等が現に居住する不動産を除く。）等以外の資産を有さないこと。 4 申請者（障害児の保護者又は障害者）及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者の預貯金等の額が次の額以下の者 <ul style="list-style-type: none"> ア 申請者の属する世帯が単身世帯であるもの・・・500万円 イ 申請者の属する世帯が2人以上の世帯であるもの・・・1,000万円 		
	<p>個別減免・医療型個別減免に関する認定 下記の1又は2のいずれかに当てはまるため、個別減免・医療型個別減免（の変更）を申請します。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 1 施設を利用する方が20歳以上の場合 （下記項目を満たすこと。） （1）施設入所者（注1）又は医療型施設入 </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> <ol style="list-style-type: none"> 2 施設を利用する方が20歳未満の場合 （1）医療型施設入所者（注2）であること。 </td> </tr> </table>	<ol style="list-style-type: none"> 1 施設を利用する方が20歳以上の場合 （下記項目を満たすこと。） （1）施設入所者（注1）又は医療型施設入 	<ol style="list-style-type: none"> 2 施設を利用する方が20歳未満の場合 （1）医療型施設入所者（注2）であること。
<ol style="list-style-type: none"> 1 施設を利用する方が20歳以上の場合 （下記項目を満たすこと。） （1）施設入所者（注1）又は医療型施設入 	<ol style="list-style-type: none"> 2 施設を利用する方が20歳未満の場合 （1）医療型施設入所者（注2）であること。 		

所者（注2）であること。（年齢 歳） (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500万円以下であること。 イ 不動産を所有していないこと。（親族等が現に居住する不動産を除く。）	（年齢 歳）
--	--------

（裏面）

変更申請する減免の種類	特定入所障害児食費等給付費に関する認定（医療型施設は除く。） 下記のいずれにも当てはまるため、特定入所障害児食費等給付費（の変更）を申請します。	
	施設を利用する方が20歳以上の場合 1 施設入所者（注1）であること。（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者	施設を利用する方が20歳未満の場合 1 施設入所者（注1）であること。（年齢 歳）
	生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）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 特例補足給付）（の変更）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。

（注1） 対象施設は、障害児施設給付費の対象となる入所施設（通所施設は除く。）

（注2） 対象施設は、障害児施設給付費及び障害児施設医療費の対象となる入所施設（通所施設は除く。）

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	
氏名		との関係	
住所	郵便番号	電話番号	

附 則

（施行期日）

1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。

（準備行為）

2 改正後の鳥取県児童福祉法施行細則（以下「新規則」という。）様式第25号の2又は様式第25号の3を使用して行う新規則第15条の2の規定による手続は、この規則の施行前においても行うことができる。