



# 鳥取県公報

平成18年 9月29日(金)  
号外第140号

毎週火・金曜日発行

## 目 次

規 則 鳥取県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則 (81) (障害福祉課) ..... 1

———公布された規則のあらまし———

鳥取県児童福祉法施行細則の一部改正について

1 規則の改正理由

児童福祉法の一部改正に伴い、障害児施設給付費の支給等に係る申請書の様式等を定める。

2 規則の概要

(1) 次の申請書等の様式を定める。

ア 障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費支給申請書・利用者負担額減額・免除等申請書

イ 世帯状況・収入・資産等申告書

ウ 障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費給付決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

エ 障害児施設受給者証

オ 障害児施設医療受給者証

カ 受給者証再交付申請書

キ 申請内容変更届出書

ク 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

ケ 障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費負担額減額・免除等変更決定通知書

コ 給付決定取消通知書

サ 高額障害児施設給付費支給申請書兼請求書

シ 高額障害児施設給付費支給（不支給）決定通知書

(2) その他所要の規定の整備を行う。

(3) 施行期日等

ア 施行期日は、平成18年10月1日とする(1)を除き、公布日とする。

イ (1)アは、施行期日前においても使用することができる。

## 規 則

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18年9月29日

鳥取県知事 片 山 善 博

## 鳥取県規則第81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
(助産施設等への入所の申込み等)	(助産施設等への入所の申込み等)
第9条 略	第9条 略
2 <u>福祉事務所長（鳥取県事務処理権限規則（平成8年鳥取県規則第32号。以下「権限規則」という。）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福祉事務所設置条例（昭和30年鳥取県条例第8号）第1条の規定により設置された福祉事務所の長をいう。以下同じ。）は、前項の申込書の提出があった場合において、助産施設への入所の承諾を決定したときにあつては助産施設入所承諾書（様式第9号）を、母子生活支援施設への入所の承諾を決定したときにあつては母子生活支援施設入所承諾書（様式第9号の2）を当該申込みを行った者に通知するものとし、当該施設の長に対しては当該申込みを行った者への通知の写しを送付するものとする。</u>	2 <u>知事は、前項の申込書の提出があった場合において、助産施設への入所の承諾を決定したときにあつては助産施設入所承諾書（様式第9号）を、母子生活支援施設への入所の承諾を決定したときにあつては母子生活支援施設入所承諾書（様式第9号の2）を当該申込みを行った者に通知するものとし、当該施設の長に対しては当該申込みを行った者への通知の写しを送付するものとする。</u>
3 <u>福祉事務所長は、第1項の申込書の提出があった場合において、入所の不承諾を決定したときは、当該申込みを行った者に対し、理由を付して通知するものとする。</u>	3 <u>知事は、第1項の申込書の提出があった場合において、入所の不承諾を決定したときは、当該申込みを行った者に対し、理由を付して通知するものとする。</u>
4 <u>福祉事務所長は、法第22条第1項の規定による助産の実施前に助産の実施を解除した場合は申込みを行った者及び当該申込みを行った者が入所することとなっていた助産施設の長に助産実施解除通知書（様式第10号）を、法第23条第1項の規定による母子保護の実施期間の満了前に母子保護の実施を解除した場合は申込みを行った者及び当該申込みを行った者が入所中の母子生活支援施設の長に母子保護実施解除通知書（様式第10号の2）を、それぞれ通知するものとする。</u>	4 <u>知事は、法第22条第1項の規定による助産の実施前に助産の実施を解除した場合は申込みを行った者及び当該申込みを行った者が入所することとなっていた助産施設の長に助産実施解除通知書（様式第10号）を、法第23条第1項の規定による母子保護の実施期間の満了前に母子保護の実施を解除した場合は申込みを行った者及び当該申込みを行った者が入所中の母子生活支援施設の長に母子保護実施解除通知書（様式第10号の2）を、それぞれ通知するものとする。</u>

(措置決定の通知等)

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。

2 略

(児童を同居させる者の届出等)

第15条 略

2 略

3 第1項の届出書を提出した者は、居住地を変更したときは、児童同居居住地変更届出書(様式第25号)により児童相談所長に届け出なければならない。

(児童福祉施設の設置認可の申請等)

第20条 略

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。

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祉保健部の長をいう。)が別に定める。

(措置決定の通知等)

第10条 知事は、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。

2 略

(児童を同居させる者の届出等)

第15条 略

2 略

3 第1項の届出書を提出した者は、居住地を変更したときは、児童同居居住地変更届出書(様式第25号)により知事に届け出なければならない。

(児童福祉施設の設置認可の申請等)

第20条 略

2 知事は、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。

第31条 この規則に定めのあるもののほか、この規則の施行に関し必要な事項は、知事が別に定める。

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。

目次を次のように改める。

目次

第1章 総則(第1条・第2条)

第2章 福祉の措置の実施(第3条 - 第15条)

第3章 障害児施設給付費等の支給等(第15条の2 - 第15条の11)

第4章 事業及び施設の監督 (第16条 - 第25条)

第5章 保育士試験 (第26条)

第6章 認可外保育施設の監督 (第27条 - 第30条)

第7章 雑則 (第31条)

附則

第6章を第7章とし、第3章から第5章までを1章ずつ繰り下げ、第2章の次に次の1章を加える。

第3章 障害児施設給付費等の支給等

(障害児施設給付費等の支給等の申請)

第15条の2 法第24条の3第1項又は第24条の7第1項の規定による障害児施設給付費及び特定入所障害児食費等給付費の支給に係る申請は、障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費支給申請書(様式第25号の2)に、必要書類を添付してしなければならない。

2 法第24条の2第3項又は第24条の20第2項第1号ただし書若しくは第3項の規定の適用を受けようとする障害児の保護者は、障害児施設給付費利用者負担額減額・免除等申請書(様式第25号の2)及び世帯状況・収入・資産等申告書(様式第25号の3)に、必要書類を添付して児童相談所長に提出しなければならない。  
(障害児施設給付費等の給付等の決定)

第15条の3 児童相談所長は、前条第1項又は第2項の申請書の提出があった場合において、支給等を認める決定をしたときは、障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費給付決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書(様式第25号の4)により当該申請を行った者に通知するものとする。

2 児童相談所長は、前条第1項又は第2項の申請書の提出があった場合において、不支給その他申請を認めない決定をしたときは、当該申請を行った者に、理由を付して通知するものとする。  
(障害児施設受給者証等)

第15条の4 法第24条の3第6項に規定する施設受給者証は、障害児施設受給者証(様式第25号の5)によるものとする。

2 児童相談所長は、法第24条の20第1項の障害児施設医療費の支給を決定したときは、前項に規定する障害児施設受給者証と併せて障害児施設医療受給者証(様式第25号の6)を施設給付決定保護者(法第24条の3第6項に規定する施設給付決定保護者をいう。以下この章において同じ。)に交付するものとする。  
(障害児施設受給者証等の再交付)

第15条の5 前条第1項に規定する障害児施設受給者証又は同条第2項に規定する障害児施設医療受給者証の再交付を受けようとする者は、受給者証再交付申請書(様式第25号の7)により児童相談所長に申請しなければならない。

(申請内容の変更の届出)

第15条の6 省令第25条の7第7項(同項第3号を除く。)の規定による申請内容の変更の届出は、申請内容変更届出書(様式第25号の8)に、必要書類を添付してしなければならない。

(障害児施設給付費等の減額等に係る変更の申請)

第15条の7 法第24条の2第3項、第24条の7第1項又は第24条の20第2項第1号ただし書若しくは第3項の規定による利用者負担額の減額又は免除の決定を受けた障害児の保護者は、当該決定の内容に関する変更があるときは、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(様式第25号の9)及び世帯状況・収入・資産等申告書(様式第25号の3)に、必要書類を添付して児童相談所長に提出しなければならない。

(障害児施設給付費等の減額等に係る変更の決定)

第15条の8 児童相談所長は、前条の申請書の提出があった場合において、変更を認める決定をしたときは、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・免除等変更決定通知書(様式第25号の10)により当該申請を行った者に通知するものとする。

2 児童相談所長は、前条の申請書の提出があった場合において、変更を認めない決定をしたときは、当該申

請を行った者に、理由を付して通知するものとする。

(障害児施設給付費の給付決定の取消し)

第15条の9 児童相談所長は、法第24条の4第1項の規定により給付決定を取り消したときは、給付決定取消通知書(様式第25号の11)により施設給付決定保護者に通知するものとする。

(高額障害児施設給付費の支給の申請)

第15条の10 法第24条の6第1項に規定する高額障害児施設給付費の支給を受けようとする施設給付決定保護者は、高額障害児施設給付費支給申請書兼請求書(様式第25号の12)に、必要書類を添付して児童相談所長に提出しなければならない。

(高額障害児施設給付費の支給等の決定)

第15条の11 児童相談所長は、前条の申請書の提出があった場合において、当該申請に対する決定をしたときは、高額障害児施設給付費支給(不支給)決定通知書(様式第25号の13)により施設給付決定保護者に通知するものとする。

様式第25号の次に次の12様式を加える。

様式第25号の2 (第15条の2 関係)

(表面)

障害児施設給付費 支給申請書  
 特定入所障害児食費等給付費 利用者負担額減額・免除等申請書

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		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏 名			年 月 日	
	居住地	郵便番号		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	
被保険者証の 記号及び番号*			保険者名及び番号*		

\* 障害児施設医療費支給対象施設（第1種自閉症児施設、肢体不自由児施設（入所部・通所部）、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設又は指定医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児））の利用を申請する場合、支給申請に係る障害児の加入する医療保険について記入すること

サービスの 利用状況	障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類と内容等
	指定施設支援 (施設サービス)	利用中の施設名等

申請するサービスの種類等	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容		
	障 害 児 施 設 給 付 費	種 類	<input type="checkbox"/> 知的障害児施設 <input type="checkbox"/> 第1種自閉症児施設 <input type="checkbox"/> 第2種自閉症児施設
			<input type="checkbox"/> 知的障害児通園施設 <input type="checkbox"/> 盲 児 施 設 <input type="checkbox"/> ろ う あ 児 施 設
			<input type="checkbox"/> 難聴幼児通園施設 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設 (入所部・通所部) <input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設
			<input type="checkbox"/> 肢体不自由児通園施設 <input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設 <input type="checkbox"/> 指 定 医 療 機 関 (肢体不自由児・重症心身障害児)
具 体 的 内 容			

(裏面)

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	
	<input type="checkbox"/> II 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・医療型個別減免を申請します。	
	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)又は医療型施設入所者(注2)であること。(年令 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350万円以下であること。 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。)	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。(年令 歳)
	<input type="checkbox"/> III 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。	
	<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。(年令 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。(年令 歳)
<input type="checkbox"/> IV 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申 請 者
氏 名			との関係
住 所	郵便番号		
	電話番号		

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

※社会福祉法人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・社会福祉法人軽減を申請しない場合…①、②及び③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 ①
--------	-----

(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)(②)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当又は特別児童扶養手当)(③)	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 (社会福祉法人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		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
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 生計中心者の状況について (社会福祉法人軽減を申請する場合)

(1) 収入 (年収)

種 類	収入額
	円
	円
	円
計	円

(2) 資産等

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		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者(保護者) <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
氏 名			
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4 (第15条の3 関係)

障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費 給付決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

番 号  
年 月 日

様

職 氏名 印

年 月 日に申請のありました((障害児施設給付費 特定入所障害児食費等給付費)の支給) (及び) (利用者負担額減額・免除等) について、(児童福祉法第24条の2第3項 (及び) 児童福祉法第24条の3第2項) (児童福祉法第24条の7第1項) 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

受給者証号	施設給付決定 保護者氏名
給付決定日	給付決定に係る 障害児氏名

施設支援の種類及び内容	有効期間

負担上限月額 (障害児施設給付費)	円	左の上限月額の 適用期間
負担上限月額 (障害児施設医療費 (食事療養を除く。))	円	左の上限月額の 適用期間
負担上限月額 (食事療養)	円	左の上限月額の 適用期間
公費負担者 番号	公費受給者 番号	

特定入所障害児 食費等給付費	日額	円	左の給付費の 適用期間
-------------------	----	---	----------------

問い合わせ先  
担当課  
住所

電話番号

様式第25号の5 (第15条の4 関係)

(一) <b>障害児施設受給者証</b>	(二) <b>施設給付決定の内容</b>	(三) <b>指定知的障害児施設等の記入欄</b>																																																																																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">受給者証番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>施設給付決定保護者</td> <td>居住地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>障害児</td> <td>フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">支給都道府県の名称及び印</td> </tr> </table>	受給者証番号			施設給付決定保護者	居住地		フリガナ	フリガナ		氏名	氏名		生年月日	生年月日		障害児	フリガナ			氏名			生年月日		交付年月日			支給都道府県の名称及び印			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">施設支援の種類及び内容</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">特定入所障害児食費等給付費の支給内容</td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td colspan="2">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</td> </tr> <tr> <td>利用者負担割合(原則)</td> <td>1割</td> <td>負担上限月額</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td colspan="2">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">社会福祉法人等による軽減措置の適用</td> </tr> <tr> <td>軽減適用期間</td> <td colspan="2">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3">特記事項</td> </tr> </table>	施設支援の種類及び内容		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			支給額			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			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		特記事項			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">指定知的障害児施設等の名称</td> <td style="width:20%;">入所日</td> <td style="width:20%;">入所日・退所日</td> <td style="width:20%;">施設確認印</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>入所日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>入所日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">(予備欄)</td> </tr> </table>	指定知的障害児施設等の名称	入所日	入所日・退所日	施設確認印		年 月 日	年 月 日			退所日				年 月 日				入所日				年 月 日				退所日				年 月 日				入所日				年 月 日				退所日				年 月 日			(予備欄)			
受給者証番号																																																																																																																		
施設給付決定保護者	居住地																																																																																																																	
フリガナ	フリガナ																																																																																																																	
氏名	氏名																																																																																																																	
生年月日	生年月日																																																																																																																	
障害児	フリガナ																																																																																																																	
	氏名																																																																																																																	
	生年月日																																																																																																																	
交付年月日																																																																																																																		
支給都道府県の名称及び印																																																																																																																		
施設支援の種類及び内容		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																																																																																																																		
支給額																																																																																																																		
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																																																																																																																		
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																																																																																																																	
特記事項																																																																																																																		
指定知的障害児施設等の名称	入所日	入所日・退所日	施設確認印																																																																																																															
	年 月 日	年 月 日																																																																																																																
	退所日																																																																																																																	
	年 月 日																																																																																																																	
	入所日																																																																																																																	
	年 月 日																																																																																																																	
	退所日																																																																																																																	
	年 月 日																																																																																																																	
	入所日																																																																																																																	
	年 月 日																																																																																																																	
	退所日																																																																																																																	
	年 月 日																																																																																																																	
(予備欄)																																																																																																																		

(裏面)

(四)

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 指定施設支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。
- 3 指定施設支援を受けるときに支払う金額は、指定施設支援に要した費用（食費、光熱水費等を除く）の1割です。ただし、この証の二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、食事及び居住に要する費用については、特定入所障害児食費等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。
- 4 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費については、毎年施設給付決定保護者の収入等に於いて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を住所地を所管する児童相談所長（以下「児童相談所長」という。）に提出してください。
- 5 給付決定期間を経過したときは、障害児施設給付費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に児童相談所長にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。
- 6 この証の(一)及び(二)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、児童相談所長にその旨を届け出てください。

(五)

注意事項欄

- 7 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県の区域に移すと、この証は使えなくなります。  
居住地を移そうとする場合は、事前に、児童相談所長にご連絡、ご相談ください。  
また、給付決定期間内に、他の都道府県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、児童相談所長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、速やかに児童相談所長に返してください。
- 9 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を児童相談所長に返してください。
- 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。
- 11 施設給付決定の内容欄に記載されていない指定施設支援については、障害児施設給付費の支給は受けられません。

様式第25号の6 (第15条の4関係) (表面)

障害児施設医療受給者証	
公費負担者番号	
公費受給者番号	
施設フリガナ	
居住地	
フリガナ	生年月日 年 月 日
氏 名	年 月 日
フリガナ	生年月日 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	障害児施設医療 (食事療養を除く。) 月額 円
適用期間	食事療養 月額 円
交付年月日	年 月 日 から 年 月 日 まで
支給都道府県 の名称及び印	年 月 日

(裏面)

注意事項欄

- この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 障害児施設医療を受けようとするときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定障害児施設等に提示してください。
- 障害児施設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。)
- 障害児施設医療の負担上限額は毎年施設給付決定保護者等の収入等に応じて決定します。この証と認定に必要な関係書類を住所地を所管する児童相談所長(以下「児童相談所長」という。)に提出してください。
- 給付決定期間を経過したときは、障害児施設医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に児童相談所長にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。
- 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、児童相談所長にその旨を届け出てください。
- 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県の区域に移すと、この証は使えなくなり居住地を移そうとする場合は、事前に、児童相談所長にご連絡、ご相談ください。また、給付決定期間内に、他の都道府県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、児童相談所長に届け出てください。
- 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、児童相談所長に返してください。
- 受給者の資格がなくなったり、直ちに、この証を児童相談所長に返してください。
- 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 25 号の 7 (第 15 条の 5 関係)

## 受給者証再交付申請書

職 氏名 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

フリガナ		生年	明治 大正	年 月 日
申請者		月日	昭和 平成	
居住地	郵便番号			
	電話番号			
フリガナ		続柄		
給付決定に係る 障害児氏名		生年	昭和・平成	年 月 日
		月日		
支援の内容		受給者 証番号		

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	郵便番号			
	電話番号			

申請の理由	
-------	--

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)

様式第 25 号の 8 (第 15 条の 6 関係)

## 申請内容変更届出書

職 氏名 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	明治 大正	年 月 日
申請者		月日	昭和 平成	
居住地	郵便番号			
	電話番号			
フリガナ		続柄		
給付決定に係る 障害児氏名		生年	昭和・平成	年 月 日
		月日		

届出書提出者	<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	
氏名		の関係	
住所	郵便番号		
	電話番号		

変更事項 (該当に○を してください。)	施設給付決定保護 者に関すること。	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保護者との関係
	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 25 号の 9 (第 15 条の 7 関係)

(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		生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日
	氏 名		受給者証番号		
	居住地	郵便番号	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	<input type="checkbox"/> 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。 (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。)  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	
	<input type="checkbox"/> II 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。	
	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) 又は医療型施設入所者 (注 2) であること。(年令 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 350 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。)	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。 (年令 歳)
	<input type="checkbox"/> III 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。(年令 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者	
<input type="checkbox"/> IV 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) (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。		

(裏面)

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	<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	
氏 名			
住 所	郵便番号		
	電話番号		

様式第25号の10 (第15条の8関係)

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・免除等変更決定通知書

番 号  
年 月 日

様

職 氏名 印

年 月 日に申請のありました(障害児施設給付費 特定入所障害児食費等給付費)の支給(及び) (利用者負担額減額・免除等) について、(児童福祉法第24条の2第3項) (及び) (児童福祉法第24条の7第1項)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	施設給付決定 保護者氏名
給付決定日	給付決定に係る 障害児氏名

負担上限月額 (障害児施設給付費)	円	左の上限月額の 適用期間
負担上限月額 (障害児施設医療費 (食事療養を除く。))	円	左の上限月額の 適用期間
負担上限月額 (食事療養)	円	左の上限月額の 適用期間
公費負担者 番号	公費受給者 番号	

特定入所障害児 食費等給付費	日額	円	左の給付費の 適用期間
-------------------	----	---	----------------

問い合わせ先  
担当課  
住所

電話番号

様式第 25 号の 11 (第 15 条の 9 関係)

給付決定取消通知書

番 号  
年 月 日

様

職 氏名 印

児童福祉法第 24 条の 4 第 1 項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消しましたので通知します。

記

受 給 者 証 号 番 号		給付決定保護者 氏 名	
給付決定取消日		給付決定に係る 障 害 児 氏 名	
取 消 理 由			

受給者証を鳥取県 児童相談所に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は不要です。

返還先 鳥取県 児童相談所  
住所 電話番号  
返還期限 年 月 日

問い合わせ先  
担当課 電話番号  
住所

様式第 25 号の 12 (第 15 条の 10 関係)

高額障害児施設給付費 支給申請書兼請求書

職 氏名 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児施設給付費の支給を申請 (請求) します。

申請 (請求) 年月日 年 月 日

フリガナ			①障害者自立支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法																	
申請者氏名			制 度	受給者証番号又は被保険者証番号																
生年月日	明治 大正 昭和 平成	年 月 日																		
居 住 地	郵便番号											電話番号								
フリガナ			続 柄																	
給付決定に係る 障害児氏名			生年月日		昭和・平成 年 月 日															
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額						申請に係 るサービ ス利用月		年 月分												
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額																				
同一 世帯 に属 する 他の 支給 決定 障害 者	氏 名		生年月日		①障害者自立支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法															
					制 度	受給者証番号又は被保険者証番号														

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 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。

高額障害児施設給付費等を下記の口座に振り込んでください。

口 座 振 替 依 頼 書	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号													
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金														
					2 当座預金														
					3 その他														
	フリガナ																		
口座名義人		(印)																	

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
氏 名			
住 所	郵便番号		電話番号

様式第 25 号の 13 (第 15 条の 11 関係)

高額障害児施設給付費支給 (不支給) 決定通知書

番 号  
年 月 日

様

職 氏名 (印)

年 月 日に申請のありました高額障害児施設給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

施設給付決定 保護者氏名		受給者 証番号																
給付決定に 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	年 月分
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円
不支給の理由			

支払方法 (口座払い)	
振 込 先	
金融機関	
口座種目	
口座番号	
口座名義人	

問い合わせ先  
担当課  
住所

電話番号

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、第2条の規定は、平成18年10月1日から施行する。

(準備行為)

2 第2条の規定による改正後の鳥取県児童福祉法施行細則第15条の2の規定による手続は、第2条の規定の施行前においても行うことができる。