

鹿屋市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

鹿屋市児童福祉法施行細則（平成31年鹿屋市規則第5号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式を次のように改める。

別記

第1号様式（第3条関係）

障害児通所給付費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

鹿屋市福祉事務所長 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	個人番号：			
	居 住 地	電話番号			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る 児 童 氏 名	個人番号：	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				

サービス利用の状況	障害福祉 関 係 サ ー ビ ス	利用中のサービスの種類と内容等		
申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容	
	☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。)			
	☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。)			
	☐ 放課後等デイサービス			
	☐ 居宅訪問型児童発達支援			
	☐ 保育所等訪問支援			

次に掲げることに同意します。

- 1 障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取及び医師意見書（全部又は一部）の内容を、鹿屋市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示すること。
- 2 鹿屋市において、障害児通所支援負担上限月額算定のために、世帯全員の住民票登録資料、税務資料等について状況調査を行うこと。

申請者氏名 _____

(裏面)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	電話番号		

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する設定 下記の区分の適用を申請します。 (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 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者
	☐ III 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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 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。

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	☐ 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		

別記第4号様式及び別記第5号様式を次のように改める。

第4号様式（第3条関係）

（一）

通所受給者証		
受給者証番号		
通所給付決定保護者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
交付年月日		
支給市町村名及び印		

（二）

児童通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
特記事項欄	
予備欄	

（三）

児童通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
特記事項欄	
予備欄	

（四）

児童相談支援給付費の支給内容	
支給期間	
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（五）

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	
適用期間	
食事提供加算対象者	
適用期間	
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	

（六）

番号	児童通所支援事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約が満期による次年度終了日	年 月 日
2	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約が満期による次年度終了日	年 月 日
3	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約が満期による次年度終了日	年 月 日

第5号様式（3条関係）

肢体不自由児通所医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
通所給付決定保護者	居住地		
	フリガナ		生年月日
	氏名		
負担上限月額		肢体不自由児通所医療 （食事療養を除く）	
適用期間			
交付年月日			
支給市町村 名及び印			

別記第 7 号様式中「及び第21条の 5 の 7」を削る。

別記第 8 号様式を次のように改める。

第8号様式（第6条関係）

障害児通所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

鹿屋市福祉事務所長 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	個人番号：				
	居 住 地	電話番号				
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	支給申請に係る 児 童 氏 名	個人番号：		統 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					

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
変更の理由		
申請する支援	支援の種類	
	申請に係る具体的内容	
	☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。)	
	☐ 児童発達支援 (肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。)	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
☐ 保育所等訪問支援		

申請者氏名 _____

(裏面)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	電話番号		

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する設定 下記の区分の適用を申請します。 (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 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者
	☐ III 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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 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。

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	☐ 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		

附 則

この規則は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。