

鴨川市障害者の日常生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和7年10月20日

鴨川市長 佐々木 久之

鴨川市規則第32号

鴨川市障害者の日常生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付に関する規則の一部を改正する規則

鴨川市障害者の日常生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付に関する規則（平成25年鴨川市規則第13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5号様式を次のように改める。

別記第8号様式を次のように改める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際現に存するこの規則による改正前の様式による用紙は、当分の間、
所要の調整をして使用することができる。

別 記

第1号様式（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

年 月 日

(あて)
鴨川市長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ										
	氏 名										
	居住地	〒									
		電話番号									
支給申請に係る児童氏名	フリガナ										
	個人番号										
	生年月日	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		疾病名					
被保険者等の記号及び番号(※1)				保険者名及び保険者番号(※2)							
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。）											有・無

(※1)「被保険者等の記号及び番号」欄及び(※2)「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	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6	有効期間		
		利用中のサービスの種類と内容等						
サービス利用の状況	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 () ・要介護	1 2 3 4 5		
		利用中のサービスの種類と内容等						
申請するサービス	区分	サービスの種類					申請に係る具体的内容	
		介護給付費			訓練等給付費			
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/>	居 宅 介 護	<input type="checkbox"/>	就 労 定 着 支 援			
		<input type="checkbox"/>	重 度 訪 問 介 護	<input type="checkbox"/>	自 立 生 活 援 助			
		<input type="checkbox"/>	同 行 援 護	<input type="checkbox"/>	就 労 選 択 支 援			
		<input type="checkbox"/>	行 動 援 護					
		<input type="checkbox"/>	重度障害者等包括支援					
	訓練系・就労系 日中活動系	<input type="checkbox"/>	短 期 入 所	<input type="checkbox"/>	自 立 訓 練 (機 能 訓 練)			
		<input type="checkbox"/>	療 養 介 護	<input type="checkbox"/>	自 立 訓 練 (生 活 訓 練)			
		<input type="checkbox"/>	生 活 介 護	<input type="checkbox"/>	宿 泊 型 自 立 訓 練			
		<input type="checkbox"/>	就 労 移 行 支 援					
		<input type="checkbox"/>	就 労 移 行 支 援 (養 成 施 設)					
		<input type="checkbox"/>	就 労 継 続 支 援 A 型					
		<input type="checkbox"/>	就 労 継 続 支 援 B 型					
居住系	<input type="checkbox"/>	施 設 入 所 支 援	<input type="checkbox"/>	共 同 生 活 援 助 (グ ル ー プ ホ ー ム)				
	地域相談支援	<input type="checkbox"/>	地 域 移 行 支 援					
		<input type="checkbox"/>	地 域 定 着 支 援					

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は必要があるときは、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、鴨川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

主治医 (※3)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※3) 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 (該当する 項目にチェ ックをする こと。いづれ にも該当し ない場合は、 空欄とする こと。)	<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。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯(※4)に属する者 (※4) 療養介護を利用する場合は、①又は②のうち該当する項目にチェックをすること。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ② ①以外のもの <input type="checkbox"/> 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 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(※5)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。 (※5) 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該当するため、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(※6) 下記の生活保護への移行予防措置を申請します。 <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置 (※6) 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		

(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
児童	フリガナ
	氏名
生年月日	
障害種別	1 2 3 4 5
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
予備欄	

(三)

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

(四)

訓練等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
予備欄	

(五)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円/日
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円/月
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	
負担上限月額	
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
食事提供体制加算対象者	
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		
	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		
	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		
	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	
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(九)

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)

生活介護・自立訓練・就労選択支援・ 就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄			
番号	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
1		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		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		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	

(十一)

療養介護・共同生活援助・施設入所支援 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	
予備欄			

(十二)

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1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1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。

(十三)

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 この証の一面、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。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。
- 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。

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

年 月 日

(あて)
鴨川市長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ			個人番号														
	氏名			生年月日	年 月 日													
	居住地	〒		電話番号														
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			個人番号														
	支給申請に係る児童氏名			生年月日	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													疾病名	
被保険者等の記号及び番号(※1)				保険者名及び保険者番号(※2)														
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。)																有・無		

(※1)「被保険者等の記号及び番号」欄及び(※2)「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	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1	2	3	4	5	6	有効期間			
		利用中のサービスの種類と内容等												
サービス利用の状況	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援()・要介護					1	2	3	4	5
		利用中のサービスの種類と内容等												

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
訪問系・その他	<input type="checkbox"/>	居宅介護	<input type="checkbox"/>	就労定着支援
	<input type="checkbox"/>	重度訪問介護	<input type="checkbox"/>	自立生活援助
	<input type="checkbox"/>	同行援護	<input type="checkbox"/>	就労選択支援
	<input type="checkbox"/>	行動援護	/	
	<input type="checkbox"/>	重度障害者等包括支援		
訓練系・就労系 日中活動系	<input type="checkbox"/>	短期入所	<input type="checkbox"/>	自立訓練(機能訓練)
	<input type="checkbox"/>	療養介護	<input type="checkbox"/>	自立訓練(生活訓練)
	<input type="checkbox"/>	生活介護	<input type="checkbox"/>	宿泊型自立訓練
	/		<input type="checkbox"/>	就労移行支援
			<input type="checkbox"/>	就労移行支援(養成施設)
			<input type="checkbox"/>	就労継続支援A型
/		<input type="checkbox"/>	就労継続支援B型	
		<input type="checkbox"/>	共同生活援助(グループホーム)	
地域相談支援	<input type="checkbox"/>	施設入所支援	/	
	<input type="checkbox"/>	地域移行支援		
	<input type="checkbox"/>	地域定着支援		

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、鴨川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

主治医 (※3)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※3) 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 (該当する 項目にチェ ックをする こと。いづれ にも該当し ない場合は、 空欄とする こと。)	<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。 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯(※4)に属する者 (※4) 療養介護を利用する場合は、①又は②のうち該当する項目にチェックをすること。 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ② ①以外のもの <input type="checkbox"/> 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 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(※5)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。 (※5) 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該当するため、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(※6) 下記の生活保護への移行予防措置を申請します。 <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置 (※6) 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		