

亀山市生活保護法施行細則等の一部を改正する規則をここに公布する。

平成 27 年 12 月 28 日

亀山市長 櫻 井 義 之

亀山市規則第 41 号

亀山市生活保護法施行細則等の一部を改正する規則

( 亀山市生活保護法施行細則の一部改正 )

第 1 条 亀山市生活保護法施行細則 ( 平成 17 年規則第 51 号 ) の一部を次のように改正する。

様式第 2 号を次のように改める。

# 保護台帳

開始年月日： 年 月 日

基準日： 年 月 日

|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|-----------|----------|------------|-------|----|--------|------|-------|----|----|----|---------------|----------|----------------|----|
| 作成年月日     | 年 月 日    |            |       |    | 地区     |      | ケース番号 |    |    |    |               |          |                |    |
| フリガナ世帯主氏名 |          |            |       |    | 居住地    | 〒    |       |    |    |    |               |          |                |    |
| 保護歴       | 開始年月日    |            | 廃止年月日 |    | 本籍     | (電話) |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    | 住民登録地  |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
| 世帯構成状況    | 世番<br>員号 | フリガナ<br>氏名 | 個人番号  | 続柄 | 性別     | 生年月日 | 年齢    | 学歴 | 職業 |    | 心身<br>の<br>状況 | 医療<br>他法 | 国民<br>年金<br>加入 | 摘要 |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    | 特技 | 現職 |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
|           |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
| 住宅付近の略図   |          |            |       |    | (社会環境) |      |       |    |    |    |               |          |                |    |
| 地区民生委員    |          |            |       |    |        |      |       |    |    |    |               |          |                |    |



|  |                    |                |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|--|--------------------|----------------|----------------|----------|---------|-------|-------------------|---------|----------------|-----|--|--|
| 住居の状況  | 住 宅                |                | 間 取 図          |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | 構 造                |                |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | 広 さ                | 延面積            |                |          |         |       |                   |         | m <sup>2</sup> |     |  |  |
|  |                    | 間 数            |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | 宅地                 |                |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | 広 さ                |                |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | 固定資産税の減免           |                |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | 家賃、地代及び家主、地主の住所、氏名 | 円              |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  |                    | 住所             |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  |                    | 氏名             |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
| 住宅の環境  | 水道設備               |                | 配電設備           |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | 便 所                |                | 風 呂            |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | 衛生等の状況             |                | 〔 〕            |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
| 資産の状況  | 土 地                | 地 目            | 面積             | 活用状況     | 処分の要否   | 課税評価額 | 固定資産税額            | 時価(見積額) | 備 考            |     |  |  |
|  |                    | 宅 地            | m <sup>2</sup> |          |         | 円     | 減免適用              | 円       |                |     |  |  |
|  |                    | 田              | m <sup>2</sup> |          |         | 円     |                   | 円       |                |     |  |  |
|  |                    | 畑              | m <sup>2</sup> |          |         | 円     |                   | 円       |                |     |  |  |
|  |                    | 山 林            | m <sup>2</sup> |          |         | 円     |                   | 円       |                |     |  |  |
|  |                    | その他            | m <sup>2</sup> |          |         | 円     |                   | 円       |                |     |  |  |
|  | 建 物                | 種 別            | 面積             | 活用状況     | 処分の要否   | 課税評価額 |                   | 固定資産税額  | 時価(見積額)        | 備 考 |  |  |
|  |                    | 住 宅            | m <sup>2</sup> |          |         | 円     | 減免適用              | 円       |                |     |  |  |
|  |                    |                | m <sup>2</sup> |          |         | 円     |                   | 円       |                |     |  |  |
|  |                    | m <sup>2</sup> |                |          | 円       | 円     |                   |         |                |     |  |  |
|  | 借 地                | 地 目            | 面積             | 所有者の住所氏名 |         |       |                   | 借地料     | 備 考            |     |  |  |
|  |                    | 田              | m <sup>2</sup> |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  |                    | 畑              | m <sup>2</sup> |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
|  | その他(動産)            | 品 名            |                | 数量       | 時価(見積額) | 処分の要否 | 備考(所有者、形式、処分の経過等) |         |                |     |  |  |
|  |                    |                |                |          | 円       |       |                   |         |                |     |  |  |
|  |                    |                |                |          | 円       |       |                   |         |                |     |  |  |
|  |                    |                |                |          | 円       |       |                   |         |                |     |  |  |
|  |                    |                | 円              |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |
| (例示) 自動車、バイク、ピアノ、ステレオ、ビデオ、クーラー(エアコン)<br>農業用機械、船、家畜(ペット)、温水器、貴金属類、その他 |                    |                |                |          |         |       |                   |         |                |     |  |  |

|           |           |       |        |        |                     |         |        |     |    |
|-----------|-----------|-------|--------|--------|---------------------|---------|--------|-----|----|
| 恩給年金等受給状況 | 種別        | 受給者氏名 | 記号番号   | 当初の認定  |                     |         | 改定後の認定 |     |    |
|           |           |       |        | 受給年月   | 年額等                 | 備考      | 受給年月   | 年額等 | 備考 |
|           |           |       |        |        | 円                   |         |        | 円   |    |
|           |           |       |        |        | 円                   |         |        | 円   |    |
|           |           |       |        |        | 円                   |         |        | 円   |    |
| 生命保険の契約状況 | 保険の種類     | 契約者   | 被保険者   | 保険金受取人 | 保険金額                | 保険掛金    | 満期日    |     |    |
|           |           |       |        |        | 円<br>(入院給付金<br>円/日) | 円       |        |     |    |
| 負債の状況     | 親権者       | 金額    | 借用年月日  |        | 使 途                 | 償還期限・方法 | 摘 要    |     |    |
|           |           | 円     |        |        |                     |         |        |     |    |
|           |           | 円     |        |        |                     |         |        |     |    |
|           |           | 円     |        |        |                     |         |        |     |    |
|           |           | 円     |        |        |                     |         |        |     |    |
| 自給・贈与の状況  | 自給の有無及び程度 |       |        |        | 贈与の有無、程度及び贈与者名      |         |        |     |    |
|           | 米         |       |        |        |                     |         |        |     |    |
|           | 野菜        |       |        |        |                     |         |        |     |    |
|           | 魚介        |       |        |        |                     |         |        |     |    |
| 特別基準設定状況  | 一 時 扶 助   |       |        |        | 住 宅 費 ・ そ の 他       |         |        |     |    |
|           | 給付年月日     | 種 類   | 数 量    | 金 額    | 給付年月日               | 種 類     | 金 額    |     |    |
|           |           |       |        | 円      |                     |         | 円      |     |    |
|           |           |       |        | 円      |                     |         | 円      |     |    |
|           |           |       |        | 円      |                     |         | 円      |     |    |
|           |           |       |        | 円      |                     |         | 円      |     |    |
| 介護保険      | 被保険者名     |       | 被保険者区分 | 被保険者番号 | 保 険 者               |         | 保険者番号  |     |    |
|           |           |       |        |        |                     |         |        |     |    |
|           |           |       |        |        |                     |         |        |     |    |
|           |           |       |        |        |                     |         |        |     |    |

注 被保険者区分欄は、第1号(普通徴収、特別徴収)又は、第2号の別を記載する。

様式第 1 0 号を次のように改める。

# 保 護 開 始 申 請 書

福祉事務所  
受付印

年 月 日

亀山市福祉事務所長 様

住 所

申請者

氏 名

⑨

要保護者との関係

次のとおり生活保護法による保護の開始を申請します。

|              |     |                |       |
|--------------|-----|----------------|-------|
| 居住地<br>(現在地) | TEL | 現在のところへ住み始めた時期 | 年 月 日 |
|--------------|-----|----------------|-------|

| 家族の状況<br>(生計を同じくしている者) | 人員 | 要保護者の氏名 | 個人番号 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 学歴 | 職業 | 健康状態 |  |
|------------------------|----|---------|------|----|----|------|----|----|----|------|--|
|                        | 1  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 2  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 3  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 4  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 5  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 6  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 7  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 8  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 9  |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |
|                        | 10 |         |      |    |    |      |    |    |    |      |  |

|                         |     |         |    |      |         |          |
|-------------------------|-----|---------|----|------|---------|----------|
| 不在者の状況<br><br>(生活義務保持者) | 氏 名 | 世帯主との関係 | 性別 | 生年月日 | 不在者の現在地 | 不在となった時期 |
|                         |     |         |    |      |         |          |
|                         |     |         |    |      |         |          |
|                         |     |         |    |      |         |          |

|  |     |         |     |            |
|--|-----|---------|-----|------------|
| 主者状<br>たる<br>及び<br>扶縁<br>養故<br>義者<br>務の<br>況 | 氏 名 | 世帯主との関係 | 住 所 | 受けている援助の内容 |
|  |     |         |     |            |
|  |     |         |     |            |
|  |     |         |     |            |

保護の開始を必要とする理由

|       |  |
|-------|--|
| 地 区 名 |  |
| ケース番号 |  |

( 亀山市児童福祉法施行細則の一部改正 )

第 2 条 亀山市児童福祉法施行細則 ( 平成 1 7 年規則第 6 0 号 ) の  
一部を次のように改正する。

様式第 1 号を次のように改める。

様式第1号(第2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

亀山市福祉事務所長 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       | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日             |
|              | 氏名            | 個人番号： |            |                |                   |
|              | 居住地           | 〒     |            |                |                   |
|              | フリガナ          |       | 生年月日<br>続柄 | 昭和・平成 年 月 日    |                   |
|              | 支給申請に係る障害児氏名  | 個人番号： |            |                |                   |
|              | 身体障害者<br>手帳番号 |       | 療育手帳番号     |                | 精神障害者保健<br>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   |                |                   |

「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、医療型児童発達支援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 | 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     |                 |
|           | 医療型児童発達支援  |                 |
|           | 放課後等デイサービス |                 |
|           | 保育所等訪問支援   |                 |

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、亀山市福祉事務所から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。また、児童発達支援等の支援を利用するにあたり、私及び私と同一の世帯に属する者の住民基本台帳、収入・所得及びその課税の状況、受給する手当の状況等必要な事項について、亀山市福祉事務所が調査・閲覧することについて同意します。

申請者氏名

|     |        |           |       |  |
|-----|--------|-----------|-------|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 |           | 医療機関名 |  |
|     | 所在地    | 〒<br>電話番号 |       |  |

|                   |   |
|-------------------|---|
| 申請する<br>減免の<br>種類 | <p>負担上限月額に関する認定<br/>下記の区分の適用を申請します。<br/>(当てはまるものにつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)</p> <p>1 生活保護受給世帯<br/>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br/>3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者</p> |
|                   | <p>多子軽減措置に関する認定<br/>下記の区分の適用を申請します。<br/>(あてはまるものにつける。)</p> <p>1. 第2子に該当する者<br/>2. 第3子以降に該当する者<br/>在園証明等が必要となります。</p>                                      |
|                   | <p>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<br/>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。<br/>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。</p>                                |

備考

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     | 〒<br>電話番号 |                 |  |

様式第 4 号を次のように改める。

様式第4号(第5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

亀山市福祉事務所長 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              | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |      |  |
|                  | 氏名   | 個人番号：  |                   |                |       |      |  |
|                  | 居住地  | 〒      |                   |                |       | 電話番号 |  |
| フリガナ             |      |        | 生年月日              | 昭和・平成 年 月 日    |       |      |  |
| 支給申請に係る<br>障害児氏名 |      |        | 個人番号：             | 続柄             |       |      |  |
| 身体障害者<br>手帳番号    |      | 療育手帳番号 | 精神障害者保健<br>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          |                |       |      |  |

「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、医療型児童発達支援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 | 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     |                 |
|           | 医療型児童発達支援  |                 |
|           | 放課後等デイサービス |                 |
|           | 保育所等訪問支援   |                 |

|     |        |   |       |  |
|-----|--------|---|-------|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 |   | 医療機関名 |  |
|     | 所在地    | 〒 |       |  |

|           |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|
| 申請する減免の種類 | 負担上限月額に関する認定<br>下記の区分の適用を申請します。<br>(当てはまるものに 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。)<br>1 生活保護受給世帯<br>2 市町村民税非課税世帯に属する者<br>3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者 |  |  |  |
|           | 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<br>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。<br><u>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。</u>                    |  |  |  |

備考

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 |

様式第 8 号から様式第 1 0 号までを次のように改める。

申請内容変更届出書

亀山市福祉事務所長 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<br>月日 | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |
| 給付決定保護者<br>氏名   | 個人番号：         |          |                |       |
| 居 住 地           | 〒<br><br>電話番号 |          |                |       |
| フリガナ            |               | 続柄       |                |       |
| 給付決定に係<br>る児童氏名 | 個人番号：         | 生年<br>月日 | 平成             | 年 月 日 |

|        |                |                      |  |
|--------|----------------|----------------------|--|
| 届出書提出者 | 給付決定保護者 ( 本人 ) | 給付決定保護者以外 ( 下の欄に記入 ) |  |
| フリガナ   |                | 本人と<br>の関係           |  |
| 氏 名    |                |                      |  |
| 住 所    | 〒<br><br>電話番号  |                      |  |

|                             |                    |    |     |     |         |
|-----------------------------|--------------------|----|-----|-----|---------|
| 変更事項<br>( 該当に を<br>して下さい。 ) | 給付決定保護者に<br>関すること  | 氏名 | 居住地 | 連絡先 |         |
|                             | 利用者である児童<br>に關すること | 氏名 | 居住地 | 連絡先 | 保護者との続柄 |
|                             | そ の 他              |    |     |     |         |
| 変更内容                        | 変更前                |    |     |     |         |
|                             | 変更後                |    |     |     |         |

備考

変更した内容を証する書類を添付すること。



様式第10号(第11条関係)

特例障害児通所給付費支給申請書

【 年 月分】

亀山市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所給付費の支給を申請します。

|                |               |  |  |        |          |    |   |
|----------------|---------------|--|--|--------|----------|----|---|
| フリガナ           |               |  |  | 受給者証番号 |          |    |   |
| 申請者氏名          | 個人番号:         |  |  |        |          |    |   |
| 申請者生年月日        | 明・大・昭・平 年 月 日 |  |  |        |          |    |   |
| 居住地            |               |  |  |        |          |    |   |
| フリガナ           |               |  |  | 生年月日   | 平成 年 月 日 | 続柄 |   |
| 給付決定に係る児童氏名    | 個人番号:         |  |  |        |          |    |   |
| 特例障害児通所給付費 請求額 |               |  |  |        |          |    | 円 |

|        |       |  |                 |  |
|--------|-------|--|-----------------|--|
| 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  |  |                 |  |

上記に関する特例障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|         |                          |                       |       |                 |      |  |
|---------|--------------------------|-----------------------|-------|-----------------|------|--|
| 口座振込依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店<br>支所<br>出張所 | 種目    | 1 普通 2 当座 3 その他 |      |  |
|         | 金融機関コード                  |                       | 店舗コード |                 | 口座番号 |  |
|         |                          |                       |       |                 |      |  |
|         | フリガナ                     |                       |       |                 |      |  |
|         | 口座名義人                    |                       |       |                 |      |  |

この申請書に該当月分の領収証及び通サービス提供証明書を添付してください。

市記入欄

|        |                  |    |
|--------|------------------|----|
| 領収書確認欄 | サービス提供<br>証明書確認欄 | 備考 |
|        |                  |    |

様式第 1 2 号を次のように改める。

高額障害児通所給付費支給申請書

亀山市福祉事務所長 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

|                          |                |       |  |                |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
|--------------------------|----------------|-------|--|----------------|--|--|--|--|--|--------------|------|--|--|
| フリガナ                     |                |       | 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 児童福祉法 介護保険法 |                |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
| 申請者氏名<br>(給付決定保護者等氏名)    | 個人番号:          |       | 制度                                       | 受給者証番号・被保険者証番号 |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
| 生年月日                     | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |  |                |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
| 居住地                      | 〒              |       | 電話番号                                     |                |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
| フリガナ                     |                |       | 続柄                                       |                |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
| 給付決定に係る<br>児童氏名          | 個人番号:          |       | 生年月日                                     | 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<br>支給決定障害者    | 氏名             | 生年月日  | 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 児童福祉法 介護保険法 |                |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
|                          | 個人番号:          |       | 制度                                       | 受給者証番号・被保険者証番号 |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
|                          | 個人番号:          |       |  |                |  |  |  |  |  |              |      |  |  |
|                          | 個人番号:          |       |  |                |  |  |  |  |  |              |      |  |  |

(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(通所・入所)給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

|             |                    |                 |                           |      |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------------------|-----------------|---------------------------|------|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替<br>依頼書 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合 | 本店<br>支店<br>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<br>2 当座預金<br>3 その他 |      |  |  |  |  |  |  |
|             | フリガナ               |                 |                           |      |  |  |  |  |  |  |
|             | 口座名義人              |                 |                           |      |  |  |  |  |  |  |

|        |       |                 |         |
|--------|-------|-----------------|---------|
| 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    |

様式第 2 2 号を次のように改める。

様式第22号(第16条関係)

助産施設入所申込書

年 月 日

妊産婦住所

氏名

亀山市福祉事務所長 様

助産施設への入所につき次のとおり申し込みます。

|              |      |
|--------------|------|
| 入所を希望する助産施設名 | 第1希望 |
|              | 第2希望 |
| 出産予定日        |      |
| 助産の実施を希望する理由 |      |

妊産婦の家庭の状況

| 区分        | ふりがな氏名                | 妊産婦との続柄 | 生年月日  | 性別  | 職業         | 課税の有無     |        | 個人番号 |
|-----------|-----------------------|---------|-------|-----|------------|-----------|--------|------|
|           |                       |         |       |     |            | 本年度分市町村民税 | 前年分所得税 |      |
| 妊産婦の世帯員   |                       | 本人      |       |     |            | 有・無       | 有・無    |      |
|           |                       |         |       | 男・女 |            | 有・無       | 有・無    |      |
|           |                       |         |       | 男・女 |            | 有・無       | 有・無    |      |
|           |                       |         |       | 男・女 |            | 有・無       | 有・無    |      |
|           |                       |         |       | 男・女 |            | 有・無       | 有・無    |      |
|           |                       |         |       | 男・女 |            | 有・無       | 有・無    |      |
| 生活保護の状況   | 適用なし 適用あり( 年 月 日保護開始) |         |       |     |            |           |        |      |
| 社会保険の加入状況 | 加入の有無                 | 有・無     | 保険の種類 |     | 出産育児一時金等の額 |           |        |      |
|           | 被保険者の記号               |         | 番号    |     | 被保険者名      |           |        |      |

備考

- 1 この入所申込書は、妊産婦が次の点に注意し記入の上、亀山市福祉事務所まで提出してください。
- 2 この入所申込書に徴収額決定のために必要な事項に関する書類(課税証明書等)を添付してください。
- 3 「助産の実施を希望する理由」の欄は、保健上入院助産を受けることが必要であることについて、その具体的な状況(例えば、住宅が狭あいである等)を記入してください。
- 4 「妊産婦の世帯員」の欄は、妊産婦本人及び妊産婦の配偶者、同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」及び「課税の有無」の欄は、該当するものをで囲んでください。
- 5 「社会保険の加入状況」の「加入の有無」欄は、該当するものを で囲んでください。
- 6 「備考」の欄については、健康状況等入院助産の実施につき参考となるべき事項を記入してください。

様式第 2 6 号を次のように改める。

様式第26号(第17条関係)

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

住所  
氏名

亀山市福祉事務所長 様

母子生活支援施設への入所につき次のとおり申し込みます。

|                      |                   |
|----------------------|-------------------|
| 入所を希望する<br>母子生活支援施設名 | 第1希望              |
|                      | 第2希望              |
| 母子保護の実施を<br>希望する理由   |                   |
| 母子保護の実施を<br>希望する期間   | 年 月 日 から 年 月 日 まで |

入所を希望する世帯の状況

|             | ふりがな<br>氏名 | 続柄 | 生年月日  | 性別    | 職業又は<br>就学の状況等 | 個人番号 |
|-------------|------------|----|-------|-------|----------------|------|
| 世<br>帯<br>員 |            | 本人 |       |       |                |      |
|             |            |    |       | 男・女   |                |      |
|             |            |    |       | 男・女   |                |      |
|             |            |    |       | 男・女   |                |      |
|             |            |    |       | 男・女   |                |      |
|             |            |    |       | 男・女   |                |      |
| 生活保護の状況     | 適用なし 適用あり( |    | 年 月 日 | 保護開始) |                |      |

備考

- この入所申込書は、保護者が次の点に注意し記入の上、亀山市福祉事務所まで提出してください。
- この入所申込書に徴収額決定のために必要な事項に関する書類(課税証明書等)を添付してください。
- 「母子保護の実施を希望する理由」の欄には、その具体的な状況を記入してください。
- 「母子保護の実施を希望する期間」の欄には、母子保護の実施を希望する理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入してください。  
なお、母子保護の実施期間の希望に添えない場合がありますから、あらかじめご承知ください。
- 「世帯員」の欄は、入所を希望する保護者及びその監護する児童の全員について記入するとともに、「性別」の欄は、該当するものを で囲んでください。
- 「備考」の欄については、健康状況等母子保護の実施につき参考となるべき事項を記入してください。

様式第 3 1 号を次のように改める。

様式第 31 号(第 19 条関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

亀山市福祉事務所長 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 | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |
|               | 氏名   | 個人番号： |      |                |       |
|               | 居住地  | 〒     |      |                |       |
| 申請に係る<br>児童氏名 | フリガナ |       | 生年月日 | 昭和・平成          | 年 月 日 |
|               | 氏名   | 個人番号： | 続柄   |                |       |

|        |       |                 |  |
|--------|-------|-----------------|--|
| 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<br>との関係     |  |
| 氏名     |       |                 |  |
| 住所     | 〒     |                 |  |
|        | 電話番号  |                 |  |

( 亀山市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の一部改正 )

第 3 条 亀山市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 1 8 年規則第 8 号 ) の一部を次のように改正する。

様式第 1 号を次のように改める。

介護給付費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書  
(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)

亀山市福祉事務所長 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     | 明治<br>昭和      | 大正<br>平成 | 年 月 日 |
|   | 氏名   | 個人番号：  |          |               |          |       |
|   | 居住地  | 〒      |          |               |          |       |
| フリガナ                                    |      |        | 生年月日     | 平成            | 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 |          |       |
| 被保険者証の記号及び番号                            |      |        | 保険者名及び番号 |               |          |       |
| 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   |

「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。

|           |                 |           |      |                   |           |  |
|-----------|-----------------|-----------|------|-------------------|-----------|--|
| 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 1 2 3 4<br>5 6 | 有効期間      |  |
|           | 利用中のサービスの種類と内容等 |           |      |                   |           |  |
| 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  | 居宅介護       | /               |        |            |
|          | 重度訪問介護     |                 |        |            |
|          | 同行援護       |                 |        |            |
|          | 行動援護       |                 |        |            |
|          | 短期入所       |                 |        |            |
|          | 重度障害者等包括支援 |                 |        |            |
| 日中活動系    | 療養介護       | 自立訓練(機能訓練)      |        |            |
|          | 生活介護       | 自立訓練(生活訓練)      |        |            |
|          |            | 宿泊型自立訓練         |        |            |
|          |            | 就労移行支援          |        |            |
|          |            | 就労移行支援(養成施設)    |        |            |
|          |            | 就労継続支援A型        |        |            |
|          |            | 就労継続支援B型        |        |            |
| 居住系      | 施設入所支援     | 共同生活援助(グループホーム) |        |            |
| 地域相談支援   | 地域移行支援     |                 |        |            |
|          | 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、亀山市福祉事務所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  | 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 | <p>負担上限月額に関する認定<br/>下記の区分の適用を申請します。<br/>(当てはまるものに 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。)</p> <p>1 生活保護受給世帯</p> <p>2 市町村民税非課税世帯( )に属する者<br/>療養介護を利用する場合は、又は の当てはまる方にも をつける。<br/>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<br/>以外のもの</p> <p>3 市町村民税課税世帯(障がい者：所得割16万円未満、障がい児：所得割28万円未満)に属する者</p> |  |   |  |
|           | <p>医療型個別減免に関する認定<br/>下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。</p>  |  |   |  |
|           | <p>20歳以上の方</p> <p>1 療養介護利用者であること (年齢 歳)</p> <p>2 市町村民税非課税世帯の者</p>  |  | <p>20歳未満の方</p> <p>1 療養介護利用者であること (年齢 歳)</p> |  |
|           | <p>施設入所者(注)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)</p> <p>下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。<br/>(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)</p>   |  |   |  |
|           | <p>20歳以上の方</p> <p>1 施設入所者であること (年齢 歳)</p> <p>2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</p>  |  | <p>20歳未満の方</p> <p>1 施設入所者であること (年齢 歳)</p>   |  |
|           | <p>グループホーム入居者(注)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)</p> <p>市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。<br/>(注)対象事業所は、共同生活援助(グループホーム)</p>   |  |   |  |
|           | <p>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<br/>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。<br/>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。</p>  |  |   |  |

備考

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 |

様式第 9 号を次のように改める。

様式第9号(第6条関係)

介護給付費等支給決定変更申請書兼利用者負担額減額・免除変更申請書  
(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)

亀山市福祉事務所長 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     | 明治 大正<br>昭和 平成    | 年 月 日 |
|                 | 氏名    | 個人番号:  |          |                   |       |
|                 | 居住地   | 〒 電話番号 |          |                   |       |
| フリガナ            |       | 生年月日   | 平成 年 月 日 |                   |       |
| 支給申請に係る<br>児童氏名 | 個人番号: | 続柄     |          |                   |       |
| 身体障害者<br>手帳番号   |       | 療育手帳番号 |          | 精神障害者保健<br>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 |                   |       |

「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。

|               |                 |               |      |            |             |      |  |
|---------------|-----------------|---------------|------|------------|-------------|------|--|
| サービス利用の<br>状況 | 障害福祉関係<br>サービス  | 障害支援<br>区分の認定 | 有・無  | 区分         | 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 |               |      |            |             |      |  |
| 介護保険サー<br>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 |               |      |            |             |      |  |
| 変更の理由         |                 |               |      |            |             |      |  |

| 変更を申請するサービス | 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     | 居宅介護       |         | /               |            |
|             | 重度訪問介護     |         |                 |            |
|             | 同行援護       |         |                 |            |
|             | 行動援護       |         |                 |            |
|             | 短期入所       |         |                 |            |
| 日中活動系       | 重度障害者等包括支援 |         |                 |            |
|             | 療養介護       |         | 自立訓練(機能訓練)      |            |
|             | 生活介護       |         | 自立訓練(生活訓練)      |            |
|             |            |         | 宿泊型自立訓練         |            |
|             |            |         | 就労移行支援          |            |
| 居住系         |            |         | 就労継続支援(A型)      |            |
|             |            |         | 就労継続支援(B型)      |            |
|             | 施設入所支援     |         | 共同生活援助(グループホーム) |            |

|     |        |   |       |      |
|-----|--------|---|-------|------|
| 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、介護給付費を申請する場合記入すること。

|           |   |  |   |  |
|-----------|---|--|---|--|
| 申請する減免の種類 | <p>負担上限月額に関する認定<br/>下記の区分の適用を申請します。<br/>(当てはまるものに 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。)</p> <p>1 生活保護受給世帯</p> <p>2 市町村民税非課税世帯( )に属する者<br/>療養介護を利用する場合は、 又は の当てはまる方にも をつける。<br/>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<br/>以外のもの</p> <p>3 市町村民税課税世帯(障がい者：所得割16万円未満、障がい児：所得割28万円未満)に属する者</p> |  |   |  |
|           | <p>医療型個別減免に関する認定<br/>下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。</p>   |  |   |  |
|           | <p>20歳以上の方</p> <p>1 療養介護利用者であること (年齢 歳)</p> <p>2 市町村民税非課税世帯の者</p>   |  | <p>20歳未満の方</p> <p>1 療養介護利用者であること (年齢 歳)</p> |  |
|           | <p>施設入所者(注)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)<br/>下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。<br/>(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)</p>   |  |   |  |
|           | <p>20歳以上の方</p> <p>1 施設入所者であること (年齢 歳)</p> <p>2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</p>   |  | <p>20歳未満の方</p> <p>1 施設入所者であること (年齢 歳)</p>   |  |
|           | <p>グループホーム入居者(注)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)<br/>市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。<br/>(注)対象事業所は、共同生活援助(グループホーム)</p>   |  |   |  |
|           | <p>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<br/>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。<br/>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。</p>   |  |   |  |

備考

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 |  |

様式第 1 3 号から様式第 1 5 号までを次のように改める。

様式第13号(第10条、第17条関係)

申請内容変更届出書

亀山市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり申請内容の変更がありましたので届け出ます。

|                    |           |      |                |       |
|--------------------|-----------|------|----------------|-------|
| フリガナ               |           | 生年月日 | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |
| 支給決定障害者<br>(保護者)氏名 | 個人番号：     |      |                |       |
| 居住地                | 〒<br>電話番号 |      |                |       |
| フリガナ               |           | 生年月日 | 平成             | 年 月 日 |
| 支給決定に係る<br>児童氏名    |           | 続柄   |                |       |
|                    | 個人番号：     |      |                |       |

|        |              |              |  |
|--------|--------------|--------------|--|
| 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         |  |
| 氏名     |              | 関係           |  |
| 住所     | 〒<br>電話番号    |              |  |

|  |                        |    |     |             |
|--|------------------------|----|-----|-------------|
| 変更事項<br>(該当する<br>事項に丸<br>をしてく<br>ださい。) | 支給決定障害者等<br>に関する事<br>項 | 氏名 | 居住地 | 連絡先         |
|  | 利用者である児童<br>に関する事<br>項 | 氏名 | 居住地 | 連絡先 保護者との続柄 |
|  | その他                    |    |     |             |
| 変更内容                                   | 変更前                    |    |     |             |
|  | 変更後                    |    |     |             |

備考

変更した内容を証明する書類を添付すること。



様式第15号(第12条、第20条、第32条関係)

特例介護給付費等支給申請書

(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 特例地域相談支援給付費)

【 年 月分】

亀山市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり、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 特例地域相談支援給付費)の支給を申請します。

|  |               |  |      |          |  |  |    |
|--|---------------|--|------|----------|--|--|----|
| フリガナ   |               |  |      | 受給者証番号   |  |  |    |
| 申請者氏名  | 個人番号:         |  |      |          |  |  |    |
| 申請者生年月日  | 明・大・昭・平 年 月 日 |  |      |          |  |  |    |
| 居住地  |               |  |      |          |  |  |    |
| フリガナ   |               |  |      |          |  |  | 続柄 |
| 支給決定に係る障害児氏名                                     | 個人番号:         |  | 生年月日 | 平成 年 月 日 |  |  |    |
| 特例介護給付費 特例訓練等給付費<br>特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費 申請額 |               |  |      | 円        |  |  |    |

|        |                       |  |         |
|--------|-----------------------|--|---------|
| 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                |  |         |

(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 特例地域相談支援給付費)を下記の口座に振り込んでください。

|         |                          |                       |       |                 |      |  |  |
|---------|--------------------------|-----------------------|-------|-----------------|------|--|--|
| 口座振込依頼欄 | 銀行<br>信用金庫<br>信用組合<br>農協 | 本店<br>支店<br>支所<br>出張所 | 種目    | 1 普通 2 当座 3 その他 |      |  |  |
|         | 金融機関コード                  |                       | 店舗コード |                 | 口座番号 |  |  |
|         |                          |                       |       |                 |      |  |  |
|         | フリガナ                     |                       | 口座名義人 |                 |      |  |  |

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 2 1 号を次のように改める。

様式第 2 1 号 ( 第 2 0 条関係 )

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

亀山市福祉事務所長 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 | 明治 大正<br>昭和 平成 | 年 月 日 |
|               | 氏 名  | 個人番号： |      |                |       |
|               | 居住地  | 〒     |      |                |       |
| 申請に係る<br>児童氏名 | フリガナ |       | 生年月日 | 平成             | 年 月 日 |
|               | 氏 名  | 個人番号： | 続柄   |                |       |

|        |       |                    |  |  |
|--------|-------|--------------------|--|--|
| 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<br>との関係        |  |  |
| 氏 名    |       |                    |  |  |
| 住 所    | 〒     |                    |  |  |
|        | 電話番号  |                    |  |  |

様式第 2 4 号を次のように改める。

| 自立支援医療費支給認定(変更認定)申請書  |                  |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
|---|------------------|------|--|-----------------------|----|-----|----|----------|---------|--------|--|--|--|
| 障害者・児   | フリガナ             |      |  |                       | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳        | 生年月日    |        |  |  |  |
|   | 受診者氏名            |      |  |                       |    |     |    |          | 年 月 日   |        |  |  |  |
|   | フリガナ             |      |  |                       |    |     |    |          | 電話番号    |        |  |  |  |
|   | 受診者住所            |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
| 未満の<br>場合<br>18歳  | フリガナ             |      |  |                       |    |     |    |          | 受診者との関係 |        |  |  |  |
|   | 保護者氏名            |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
|   | フリガナ             |      |  |                       |    |     |    |          | 電話番号    |        |  |  |  |
|   | 保護者住所            |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
|   |                  | 個人番号 |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
| 負担額に<br>関する事項   | 受診者の被保険者証の記号及び番号 |      |  | 保険者名                  |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
|   | 受診者と同一保険の加入者     |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
|   | 受診者と同一保険の加入者個人番号 |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
|   | 該当する所得区分         |      |  | 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 |  |  |  |
| 身体障害者手帳番号   |                  |      |  | 精神障害者保健福祉手帳番号         |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
| 受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局・訪問看護事業所を含む。)   |                  |      |  | 医療機関名                 |    |     |    | 所在地・電話番号 |         |        |  |  |  |
|   |                  |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
| 受給者番号   |                  |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |
| <p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者住所 <span style="margin-left: 200px;">申請者電話番号</span></p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="margin-left: 100px;">受診者との続柄</span> <span style="margin-left: 20px;">本人・配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹・その他( )</span></p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">年 月 日</p> <p>亀山市福祉事務所長 <span style="margin-left: 50px;">様</span></p> |                  |      |  |                       |    |     |    |          |         |        |  |  |  |

- 注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)・再認定のいずれかに丸をする。
- 注2 都道府県で指定された医療機関・薬局・訪問看護事業所名を、各1ヶ所ずつ申請する。  
申請をした医療機関・薬局・訪問看護事業所でしか、助成対象とならない。変更する場合は、再申請する必要がある。
- 注3 受給者証番号は、変更又は再認定の方のみ記入
- 注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。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄

|          |  |        |          |       |  |
|----------|--|--------|----------|-------|--|
| 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   | 個人番号 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 2 8 号及び様式第 2 9 号を次のように改める。

様式第28号(第28条関係)

| 自立支援医療費受給者証記載事項変更届  |   |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|---|---|-----|--|--|--|--|-----|-------------------------------|----|--|--|--|
| 受給者   | フリガナ                                    |     |  |  |  |  | 性別  | 生年月日                          |    |  |  |  |
|   | 氏名                                      |     |  |  |  |  | 男・女 | 明治<br>大正<br>昭和<br>平成<br>年 月 日 |    |  |  |  |
|   | フリガナ                                    |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|   | 住所                                      |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|   | 個人番号                                    |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
| 保護者(受給者が18歳未満の場合記入)   | フリガナ                                    |     |  |  |  |  |     |                               | 続柄 |  |  |  |
|   | 氏名                                      |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|   | フリガナ                                    |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|   | 住所                                      |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|   | 個人番号                                    |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
| 自立支援医療費受給者番号  |   |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
| 受給者証の有効期間   | 年 月 日から 年 月 日まで                         |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
| 変更内容  | 事項                                      | 変更前 |  |  |  |  | 変更後 |                               |    |  |  |  |
|   | 受診者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)               |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|   | 保護者に関する事項<br>(氏名・住所・電話番号)               |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|   | 被保険者証に関する事項<br>(記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者) |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
|   | 身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号                   |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
| 備考  |   |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |
| <p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定(変更認定)申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p>年 月 日 届出者氏名 印</p> <p>亀山市福祉事務所長 様</p> |   |     |  |  |  |  |     |                               |    |  |  |  |

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、自立支援医療支給認定(変更認定)申請書に記載すること。



様式第 3 2 号を次のように改める。

補 装 具 費 支 給 申 請 書

年 月 日

亀山市福祉事務所長 様

申請者

住 所

氏 名

印

個人番号

対象者との続柄( )

電話番号

補装具費の支給を受けることを申請します。

|                             |  |        |         |                  |
|-----------------------------|--|--------|---------|------------------|
| 対<br>象<br>者                 | 氏 名  | 男・女    | 生 年 月 日 | 明・大・昭・平<br>年 月 日 |
|                             | 個 人 番 号  |        |         |                  |
|                             | 住 所  | 亀山市    | 電話番号    |                  |
|                             | 手 帳 番 号  | 三重県第 号 | 交付年月日   | 年 月 日            |
|                             | 障 害 名  |        | 障害の程度   | 種 級              |
|                             | 施設への入所の有無  | 有 ・ 無  |         |                  |
| 支給(修理)を受け<br>る補装具の名称        |  |        |         |                  |
| 判 定 予 定 日                   | 年 月 日  |        |         |                  |
| 希望する補装具販<br>売(修理)業者         | 名 称  |        |         |                  |
|                             | 所在地  | 電話番号   |         |                  |
| 該当する所得区分                    | 生活保護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上   |        |         |                  |
| 世帯範囲の特例に<br>関 する 認 定        | 次のいずれにも当てはまるため、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。<br>1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子等が障害者を扶養控除の対象としていない。<br>2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子等の被扶養者となっていない。 |        |         |                  |
| 生活保護への移行<br>予防措置に関する<br>認 定 | 生活保護への移行予防(定率負担減免措置)を希望します。  |        |         |                  |
| 備 考                         |  |        |         |                  |

同意書

補装具費支給の可否決定に当たり、私及び私と同一の世帯に属する者の所得及び課税の状況等を貴福祉事務所が調査することについて同意します。

年 月 日

(対象者) 住所 .....  
氏名 印

( 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律施行細則の一部改正 )

第 4 条 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律施行細則 ( 平成 2 0 年規則第 2 号 ) の一部を次のように改正する。

様式第 2 号を次のように改める。

県費

市町村費

支援給付台帳

被支援者  
番号

|             |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|-------------|---------------|------------|-----------|-----------|----------------|----------|------------|-----------------|-----------------|------------|--|
| 世帯主<br>氏名   |               | 居住地<br>現住地 |           |           |                |          |            |                 |                 | 被支援者<br>番号 |  |
| 本籍地         |               |            |           |           |                |          | 居住の<br>始 期 | 年 月 日           |                 |            |  |
| 氏 名         |               | 個人番号       | 続柄        | 性別        | 年齢             | 生年月日     | 学歴         | 心身の<br>状況       | 職業<br>特殊技能   現職 |            |  |
| 被支援家族       | 1             |            | 本人        |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 2             |            | 配偶者       |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 3             |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 4             |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
| 同居家族の<br>状況 | 1             |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 2             |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 3             |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 4             |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 5             |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 6             |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
| 資産の状況       | 内容            | 見積額        | 処分の<br>可否 | 負債の状況     |                | 種類       | 金額         | 契約の内容           |                 |            |  |
|             | 土地            |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | 家屋            |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             | その他           |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
| 住居の状況       | 自家借家<br>(間)の別 | 規 模<br>構 造 | 建坪        | 畳数別<br>室数 | 衛生状態           | 水道<br>設備 | 電灯数        | 貸間の有無<br>及びその広さ |                 |            |  |
|             |               |            |           |           | 良<br>不良        | 有<br>無   |            |                 |                 |            |  |
| 不在者の状況      |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
| 氏名          |               | 続柄         | 性別        | 年齢        | 不在の時期及び不在者の現住地 |          | 原因         | 家族との関係          |                 |            |  |
|             |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
| 扶養義務者の状況    |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
| 氏名          |               | 続柄         | 性別        | 年齢        | 不在の時期及び不在者の住所  |          |            | 家族との関係          |                 |            |  |
|             |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
|             |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |
| 備考          |               |            |           |           |                |          |            |                 |                 |            |  |

様式第 1 0 号を次のように改める。

|              |  |
|--------------|--|
| 福祉事務所<br>受付印 |  |
|--------------|--|

支援給付申請書

|   |       |
|---|-------|
| 亀山市福祉事務所長 様<br><br><div style="text-align: right; margin-right: 100px;">                     住 所<br/>                     申請者<br/>                     氏 名 <span style="float: right;">㊟</span><br/>                     支援給付を受けようとする者との関係                 </div> <p style="margin-top: 20px;">次のとおり中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律による支援給付を申請します。</p> | 年 月 日 |
|---|-------|

| 居住地<br>(現在地)                    |     | 電話番号 |    |    |      |    |    |    |      |
|---------------------------------|-----|------|----|----|------|----|----|----|------|
|                                 | 氏 名 | 個人番号 | 続柄 | 性別 | 生年月日 | 年齢 | 学歴 | 職業 | 健康状態 |
| 要<br>支<br>援<br>家<br>族           | 1   |      |    |    |      |    |    |    |      |
|                                 | 2   |      |    |    |      |    |    |    |      |
|                                 | 3   |      |    |    |      |    |    |    |      |
|                                 | 4   |      |    |    |      |    |    |    |      |
| 同<br>居<br>家<br>族<br>の<br>状<br>況 | 1   |      |    |    |      |    |    |    |      |
|                                 | 2   |      |    |    |      |    |    |    |      |
|                                 | 3   |      |    |    |      |    |    |    |      |
|                                 | 4   |      |    |    |      |    |    |    |      |
|                                 | 5   |      |    |    |      |    |    |    |      |
|                                 | 6   |      |    |    |      |    |    |    |      |

家族のうち別に住んでいるものがあるときは、その名前と住所

支援給付を申請する理由

**(注意)** 不実の申請をして不正に支援給付を受けた場合には、注族残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律第14条第4項においてその例によることとされた生活保護法第85条又は刑法の規定により処罰されることがあります。

( 亀山市特定教育・保育及び特定地域型保育の利用者負担額等を定める規則の一部改正 )

第 5 条 亀山市特定教育・保育及び特定地域型保育の利用者負担額等を定める規則 ( 平成 2 7 規則第 5 号 ) の一部を次のように改正する。

様式第 2 号を次のように改める。

様式第2号（第5条関係）

年 月 日

亀山市長 様

住所

申請者 氏名 印

個人番号 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

電話

特定教育・保育及び特定地域型保育利用者負担額減免申請書

亀山市特定教育・保育及び特定地域型保育の利用者負担額等を定める規則第5条第2項の規定により利用者負担額の減額（免除）を受けたいので、次のとおり申請します。

|                      |           |
|----------------------|-----------|
| 小学校就学前子どもの氏名         |           |
| 個人番号                 |           |
| 生年月日                 |           |
| 減額（免除）を受けようとする利用者負担額 | 第 階層 月額 円 |
| 減額（免除）を受けようとする理由     |           |

（備考）

減額（免除）を受けようとする理由を証明する書類を添付してください。

( 亀山市子ども・子育て支援法施行細則の一部改正 )

第 6 条 亀山市子ども・子育て支援法施行細則 ( 平成 2 7 年規則第 6 号 ) の一部を次のように改正する。

様式第 1 号を次のように改める。

施設型給付費・地域型保育給付費 支給認定申請書

年 月 日

保護者氏名

印

亀山市長 様

次のとおり、施設型給付費・地域型保育給付費に係る支給認定を申請します。

|                                |                            |  |   |  |  |            |  |              |
|--------------------------------|----------------------------|--|---|--|--|------------|--|--------------|
| 申請に係る<br>小学校就<br>学前子ども<br>(児童) | 氏名                         |  | 生年月日  |  | 性別   | 現在利用している施設 |  | 障害者手帳<br>の有無 |
|                                | (ふりがな)                     |  | 年 月 日生  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 有 ( )<br><input type="checkbox"/> 無 |            | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |              |
| 児童の個人番号                        |                            |  | 保護者の個人番号  |  |  | 備考         |  |              |
| 保護者<br>住所                      | ( - )                      |  |   |  |  |            |  |              |
| 保護者<br>連絡先                     | ①( ) -                     |  | <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父勤務先 <input type="checkbox"/> 母勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |            |  |              |
|                                | ②( ) -                     |  | <input type="checkbox"/> 父携帯 <input type="checkbox"/> 母携帯 <input type="checkbox"/> 父勤務先 <input type="checkbox"/> 母勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( ) |  |  |            |  |              |
| 認定者番号                          | (既に支給認定を受けている場合に記入してください。) |  |   |  |  |            |  |              |
| 保育の希<br>望の有無<br>(※)            | 2号                         | <input type="checkbox"/> 有 : 保護者の労働又は疾病等の理由により、保育所等において保育の利用を希望する場合(幼稚園等と併願の場合を含む) |   |  |  |            |  |              |
|                                | 3号                         |  |   |  |  |            |  |              |
|                                | 1号                         |  | <input type="checkbox"/> 無 : 幼稚園等の利用を希望する場合(保育所等と併願の場合を除く)  |  |  |            |  |              |

(※)・「保育所等」とは、保育所、認定こども園(保育部分)、小規模保育、家庭的保育、居宅訪問型保育、事業所内保育をいいます。(以下同じ)

・「幼稚園等」とは、幼稚園、認定こども園(教育部分)をいいます。

・「有」の場合は①～③に、「無」の場合は①及び③に必要な事項を記入して下さい。

① 世帯の状況

| 区分          | ふりがな<br>氏名 | 児童と<br>の続柄  | 生年月日   | 性別   | 就労先・学校名等   | 障害者手帳<br>の有無   | 備考 |
|-------------|------------|---|--|--|--|--|----|
| 児童の<br>世帯員  |            |   | M T<br>S H   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |    |
|             | 個人番号       |   |  |  |  |  |    |
|             |            |   | M T<br>S H   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |    |
|             | 個人番号       |   |  |  |  |  |    |
|             |            |   | M T<br>S H   | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |    |
| 個人番号        |            |   |  |  |  |  |    |
|             |            | M T<br>S H  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |  |    |
| 個人番号        |            |   |  |  |  |  |    |
|             |            | M T<br>S H  | <input type="checkbox"/> 男<br><input type="checkbox"/> 女 |  | <input type="checkbox"/> 有<br><input type="checkbox"/> 無 |  |    |
| 個人番号        |            |   |  |  |  |  |    |
| 生活保護の適用の有無  |            | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 保護開始)       |  |  |  |  |    |
| 児童扶養手当の受給状況 |            | <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ( 年 月 日 受給開始)※申請日現在 |  |  |  |  |    |

② 保育の利用を必要とする理由等

※保護者の労働又は疾病等の理由により保育所等において保育の利用を希望する場合に記入して下さい。

| 保育の利用を必要とする理由 | 続柄  | 必要とする理由   | 備考 |
|---------------|---|---|----|
|               |   | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>具体的な状況(就労時間・日数等や疾病の状況等)や、その他の内容を記入 |    |
|               | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 妊娠・出産 <input type="checkbox"/> 疾病・障害 <input type="checkbox"/> 介護等 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> 求職活動 <input type="checkbox"/> 就学<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>具体的な状況(就労時間・日数等や疾病の状況等)や、その他の内容を記入 |   |    |
| 家庭の状況         | <input type="checkbox"/> ひとり親家庭 ・ <input type="checkbox"/> 左記以外   |   |    |

③ 税情報等の提供に当たっての署名欄

亀山市が施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定及び利用者負担額の徴収に必要な市町村民税の情報(同一世帯者を含む)、世帯情報並びに財産情報を閲覧又は調査すること、また、その情報に基づき決定した利用者負担額について、特定教育・保育施設等に対して提示することに同意します。

保護者氏名 印

----- 以下は、施設及び市記載欄 -----

\* 施設記載欄(施設(事業者)を経由して市に提出する場合)

受付年月日 年 月 日

|             |  |
|-------------|--|
| 施設(事業者)名    |  |
| 担当者氏名       | (担当者)  |
| 連絡先         | (連絡先)( ) —   |
| 入所契約(内定)の有無 | <input type="checkbox"/> 有 ( <span style="margin-left: 20px;">年</span> <span style="margin-left: 20px;">月</span> <span style="margin-left: 20px;">日</span> 契約・内定) ・ <input type="checkbox"/> 無 |
| 備考          |  |

\* 市記載欄

受付年月日 年 月 日

| 認定の可否  | 認定者番号 | 認定区分等   |
|--|-------|---|
| <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 否<br>(否とする理由)<br><div style="text-align: right;">年 月 日認定</div> |       | <input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 3号<br>( <input type="checkbox"/> 標 <input type="checkbox"/> 短) |
| 備考   |       |   |

## 記入上の注意

この支給認定申請書は、保護者が次の点に注意し記入のうえ亀山市(施設(事業者))を経由して提出する場合は、入所を申し込んだ施設)に提出して下さい。なお、家庭から2人以上の児童が同時に申請を行う場合は、それぞれの児童ごとに1枚の用紙を用いて下さい。

(表面)

- 1 「申請児童」の欄は「氏名」にフリガナを付し、「性別」の欄は該当する口にチェック(☑)をして下さい。
- 2 「保護者住所」「保護者連絡先」の欄は、連絡先が複数ある場合は連絡のつきやすい順に記入して下さい。
- 3 「認定者番号」の欄は、申請児童が既に施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定を受けている場合は、当該申請児童に係る認定者番号を記入して下さい。
- 4 ①「世帯の状況」の欄は、申請児童本人以外の申請児童の両親及び同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」欄は該当する口にチェック(☑)をして下さい。また、世帯員の中で申請児童の他に施設型給付費・地域型保育給付費の支給認定を受けている児童がいる場合は、当該児童に係る「認定者番号」を「備考」に記入して下さい。なお、支給認定のために必要な書類の提出を別途お願いすることがあります。

(裏面)

- 5 ②「保育の利用を必要とする理由等」の欄は、表面の「保育の希望の有無」の欄で「有」にチェック(☑)をした場合に記入して下さい。(「無」にチェック(☑)をした場合は記入の必要はありません。)

- 6 保育の認定基準は、次の表に掲げるような場合です。

保育の認定基準 保育の必要性の認定を受ける場合は、両親いずれも(両親と別居している場合には児童の面倒を見ている者)が次のいずれかの事情にある場合です。

(1) 就労

(家庭外労働)

児童の保護者が家庭の外で仕事をすることが普通なので、その児童の保育ができない場合

(家庭内労働)

児童の保護者が家庭で日常の家事以外の仕事をすることが普通なので、その児童の保育ができない場合

(2) 妊娠・出産

児童の保護者が出産の前後のため、その児童の保育ができない場合

(3) 疾病・障害

児童の保護者が病気、負傷、心身に障害があったりするので、その児童の保育ができない場合

(4) 介護等

児童の家庭等に介護が必要な高齢者や、長期にわたる病人、心身に障害のある人、小児慢性疾患に伴う看護が必要な兄弟姉妹がおり、保護者がいつもその同居又は長期入院・入所している親族の介護・看護にあたっているため、その児童の保育ができない場合

(5) 災害復旧

火災や、風水害や、地震などの不幸があり、その家庭を失ったり、破損したため、その復旧の間、児童の保育ができない場合

(6) 求職活動

児童の親が求職活動(起業準備を含む)を行っているため、その児童の保育ができない場合

(7) 就学

児童の親が就学(職業訓練校等における職業訓練を含む)のため、その児童の保育ができない場合

- 7 ②「保育の利用を必要とする理由」の欄は、①「世帯の状況」の欄に記入した児童の世帯員のうち、両親及び同居している両親以外の同居している親族等ごとに、児童を保育できない理由を6の表(1)~(7)のいずれの掲げる場合に該当するかを判断して、該当する全ての口にチェック(☑)し、かつ、その具体的な状況について、同欄に記入して下さい。なお、(1)~(7)の場合以外で児童を保育できない理由がある場合(親のいない家庭など)は「その他」にチェック(☑)し、内容を( )内に記入して下さい。

※ 具体的な状況について、例えば、(1)に該当する場合は勤務先・就労時間・就労日数・通勤時間・経路・手段等、(2)では出産(予定)日や産後の母の状況等、(3)では傷病名や治療見込期間、障害の程度等、(4)では介護している高齢者の介護度や看護している病人の傷病名や治療見込期間等、(5)では災害の程度・復旧見込み期間等、(6)では求職活動状況等、(7)では就学先・就学期間・就学時間・就学日数等、(8)ではその他に記載した内容の具体的な状況を記入して下さい。

- 8 ②「家庭の状況」の欄は、該当する口にチェック(☑)してください。

- 9 ③「税情報等の提供に当たっての署名欄」は、署名欄の記載の内容を確認のうえ、署名・捺印して下さい。

(留意事項) 支給認定(保育の必要性の認定)及び施設(事業者)への入所については、

- ・ 保育の実施基準に該当しないため、希望する認定が受けられない場合
- ・ 希望者が多数いるため希望する施設に入所できない場合
- ・ 保育の実施基準の該当事由により利用期間の希望に添えない場合がありますから、あらかじめご承知下さい。

( 亀山市立保育所利用者負担額等の徴収に関する条例施行規則の一部改正 )

第 7 条 亀山市立保育所利用者負担額等の徴収に関する条例施行規則 ( 平成 2 7 年規則第 8 号 ) の一部を次のように改正する。

様式第 2 号を次のように改める。



## 附 則

### ( 施行期日 )

- 1 この規則は、平成 2 8 年 1 月 1 日から施行する。

### ( 経過措置 )

- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の亀山市生活保護法施行細則、亀山市児童福祉法施行細則、亀山市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、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律施行細則、亀山市特定教育・保育及び特定地域型保育の利用者負担額等を定める規則、亀山市子ども・子育て支援法施行細則及び亀山市立保育所利用者負担額等の徴収に関する条例施行規則に規定する様式により作成されている用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。