

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を改正する規則をここに公布する。

令和4年3月31日

亀山市長 櫻井 義之

亀山市規則第24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を改正する規則

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（平成18年亀山市規則第8号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前欄に掲げる規定を同表の改正後欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
第33条 [略] <u>（高額障害福祉サービス等給付費の支給の申請）</u>	第33条 [略]
第34条 <u>省令第65条の9の2第1項の申請書は、高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第40号）とする。</u>	[条を加える。]
2 <u>省令第65条の9の2第3項の申請書は、特定給付対象者に対する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第41号）とする。</u>	
3 <u>福祉事務所長は、省令第65条の9の2第1項の規定により申請書の提出があった場合において高額障害福祉サービス等給付費の支給の可否を行った</u>	

ときは高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（様式第42号）により、同条第3項の規定により申請書の提出があった場合において高額障害福祉サービス等給付費の支給の要否を行ったときは特定給付対象者に対する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（様式第43号）により当該決定に係る障害者等に通知するものとする。

備考 表中の [ ] の記載は注記である。

様式第24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							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													
	個人番号													
未満の場合	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													
	保護者個人番号													
負担額に関する事項	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							
							(薬局)							
							(訪問看護事務所)							
受給者番号														
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 申請者住所 申請者電話番号 — — 申請者氏名 受診者との続柄 本人・配偶者・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹・その他( ) 年 月 日 亀山市福祉事務所長 様														

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	
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26号を次のように改める。

様式第26号(第24条関係)

自立支援医療費受給者証						
公費負担者番号						
自立支援医療費受給者番号						
受診者	フリガナ				生年月日	
	氏名				年月日	
	フリガナ					
	住所					
	被保険者証の記号及び番号			保険者名		
	重度かつ継続					
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)		フリガナ			続柄	
		氏名				
		フリガナ				
		住所				
指定医療機関名	病院・診療所			所在地・電話番号		
	薬局			所在地・電話番号		
	訪問看護事業者			所在地・電話番号		
自己負担上限額						
有効期間		から まで				
<p>上記のとおり認定する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">亀山市福祉事務所長 <span style="float: right;">印</span></p>						

様式第28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							生 年 月 日				
	氏 名							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 (氏名・住所・電話番号)											
	保護者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)											
	被保険者証に関する事項 (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 style="text-align: center;">年 月 日 届出者氏名</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。

届出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にすること。

様式第39号の次に次の4様式を加える。



高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

亀山市福祉事務所長

次のとおり関係書類を添えて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令第43条の5第1項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法																		
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	⑤										制度					受給者証番号・被保険者証番号													
個人番号:																													
生年月日	年 月 日																												
居住地	〒										電話番号																		
フリガナ											続柄																		
支給決定に係る児童氏名											生年月日					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	氏名										生年月日					①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法													
																制度					受給者証番号・被保険者証番号								
	個人番号:																												
	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) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

(注3) 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。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

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														

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	〒										電話番号				

様式第41号（第34条関係）

特定給付対象者に対する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

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令第43条の5第6項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法 ②介護保険法										
申請者氏名	㊟										制度	受給者証番号・被保険者証番号									
	個人番号：																				
生年月日	年 月 日										①										
											②										
居住地	〒										電話番号										
サービス利用月の 障害福祉相当介護 保険サービス支払 額（注）	（ 円 円）		申請に係る サービス 利用月		年 月分		65歳に達する までの介護保険法 による保険 給付の受給有無			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有											

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。  
 (注) 支払額を証する領収書を添付してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

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 9 その他							
	フリガナ												
	口座名義人												

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	〒		
	電話番号		

様

高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

亀山市福祉事務所長 印

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について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令第43条の5第1項により下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障害者 (保護者) 氏名	受給者 証番号													
支給決定に係る 児 童 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			

振込先	金 融 機 関											
	口 座 種 目											
	口 座 番 号	*	*	*	*							
	口座名義人											

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対して審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に亀山市を被告として（訴訟において亀山市を代表する者は亀山市長となります。）、提起することができます。  
 なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされております  
 (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。  
 (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。  
 (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

様

亀山市福祉事務所長 印

特定給付対象者に対する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について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令第43条の5第6項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名		受給者 証番号												
-------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
障害福祉相当 介護保険 サービスに係る 本人支払額(注)	円	申請に係る 障害福祉相当介 護保険サービスの 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			

(注) 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

振込先	金融機関											
	口座種目											
	口座番号	*	*	*	*							
	口座名義人											

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服がある場合は、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に三重県知事に対して審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に亀山市を被告として（訴訟において亀山市を代表する者は亀山市長となります。）、提起することができます。  
なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされております  
(1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。  
(2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。  
(3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。