

砂川市規則第1号
令和7年3月28日

砂川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。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川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

砂川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年規則第33号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式、別記第4号様式、別記第4号様式の3、別記第6号様式、別記第17号様式、別記第17号様式の2、別記第21号様式、別記第23号様式及び別記第25号様式を次のように改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

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・療養介護医療費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

砂川市福祉事務所長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名	個人番号：		
	居住地	〒	電話番号	
支給申請に係る児童氏名	ふりがな		生年月日	年 月 日
	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
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

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					
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		
	訪問系・その他	介護給付費			訓練等給付費	
		<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援		※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けたいことを希望するか否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。	
		<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"/> 行動援護				
		<input type="checkbox"/> 短期入所				
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援					
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）			
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）			
		<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練				
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援				
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）				
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型				
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援	<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）※				

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、砂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者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、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	<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 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 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 ② ①以外のもの 3 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（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） 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。 （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）	
	<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 グループホーム等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当てはまるため、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（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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
ふりがな		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

別記第4号様式（第3条関係）

(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 月から 年 月まで
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			
	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
	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			
	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
	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			
	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
	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			
	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			
5	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容			
	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			
6	事業者及びその事業所の名称			
	サービス内容			
	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
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	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	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
	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	
	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
	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	
	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
	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
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)

就労定着支援・自立生活援助
事業者記入欄

番号	事業者及びその 事業所の名称	利用開始日 利用終了日
1		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
2		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日

予備欄

(十三)

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、この証にマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等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、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、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。）の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額）です。ただし、六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。）。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。

(十四)

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、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。

療養介護医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
支給決定障害者	居住地		
	フリガナ	生年月日	
	氏名	年 月 日	
負担上限月額	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）	月額	円
	食事療養（生活療養）	月額	円
適用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
交付年月日	年 月 日		
特記事項			
支給市町村名及び印			

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 療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及びマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 3 療養介護医療の負担上限月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。）
- 4 療養介護医療の負担上限月額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。
- 5 療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費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、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。
- 6 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、市町村にその旨を届け出てください。
- 7 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、市町村に返してください。
- 9 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。
- 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。

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

砂川市福祉事務所長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	ふりがな		生年月日	年	月	日
	氏名	個人番号：				
	居住地	〒				
電話番号						
支給申請に係る児童氏名	ふりがな		生年月日	年	月	日
	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
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

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						
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						

変更の理由

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	※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、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か否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。
	<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"/> 行動援護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所		
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	
		<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）	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）	
	<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）※	

(裏 面)

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。）を申請する場合記入すること。

変更を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 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 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 ② ①以外のもの 3 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 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。		
	<table border="1"><tr><td>〈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</td><td>〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳）</td></tr></table>	〈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）
	〈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（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） 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（の変更）を申請します。 （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）		
	<table border="1"><tr><td>〈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</td><td>〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）</td></tr></table>	〈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）
	〈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当てはまるため、特定障害者特別給付費（の変更）を申請します。			
<input type="checkbox"/> V 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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）（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。			

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）		
ふりがな		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

砂川市福祉事務所長 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

ふりがな			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)	個人番号：		制度	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	年 月 日			
居住地	〒		電話番号	
ふりがな			続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号：		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

(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。

受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 <input type="checkbox"/> 以下の口座を振込先とする。			
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	
			4 貯蓄預金	
			9 その他	
	ふりがな			
	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)		
ふりがな			申請者との関係
氏名			
住所	〒		電話番号

新高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

砂川市福祉事務所長 様

次のとおり関係書類を添えて新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

ふりがな	① 障害者総合支援法 ②介護保険法											
申請者氏名 (支給決定障害者等氏名)	個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号									
生 年 月 日	年 月 日											
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)		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 1) 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 2) 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。

受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 <input type="checkbox"/> 以下の口座を振込先とする。										
口 座 振 替 依 頼 書	銀行	本店		種目		口座番号					
	信用金庫	支店		1 普通預金							
	信用組合	出張所		2 当座預金							
	金融機関コード	店舗コード		4 貯蓄預金							
					9 その他						
	ふりがな										
	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)										
ふりがな											
氏 名	申請者との関係										
住 所	〒 電話番号										

自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※													
受診者	ふりがな							年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名									年 月 日			
	個人番号												
	受診者住所・電話番号	〒						電話番号 ー					
	既存の受給者番号（現在お持ちの証）							既存の受給者番号の有効期限（現在お持ちの証）					
未診者が18歳未満の場合	ふりがな							受診者との関係					
	保護者氏名												
	保護者個人番号												
	保護者住所・電話番号	〒						電話番号 ー					
保険に関する事項	受診者の加入医療保険の記号・番号							保険者名					
	保険種別	10 被用者保険(本人)・20 被用者保険(家族)・30 国保一般・40 国保退職(本人)・50 国保退職(家族)・60 後期高齢者医療・70 生活保護(福祉事務所)・90 その他()											
	受診者と同一保険の加入者												
	受診者と同一保険加入者個人番号												
特例世帯	下記のいずれの条件にも当てはまり、受診者（及びその配偶者）のみの世帯とすることを申請する場合は○をつけてください。 ・受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の税制上の扶養控除の対象になっていない。 ・受診者（及びその配偶者）が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の健康保険上の被扶養者となっていない。												
	下記の1～5のいずれかにあてはまるものがあれば○をつけてください。												
月額負担上限額に関する事項	生保	受診者が生活保護受給世帯に属する											
	低1	受診者が住民税非課税世帯に属し、受診者の収入（障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む）が80万円以下（受診者が18歳未満の場合は、保護者全員の収入がそれぞれ80万円以下）											
	低2	受診者が住民税非課税世帯に属し、低1以外の者											
	中間1	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が3万3千円未満											
	中間2	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が3万3千円以上23万5千円未満											
	一定以上	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が23万5千円以上											
上記中間1、中間2又は一定以上を選んだ方のみ、下記にあてはまるものがあれば○をつけてください（該当がない場合は記入不要です。）。													
同一世帯で、過去12か月以内に高額療養費の支給を4回以上受けている。													
心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）、免疫機能障害 に該当する。													
身体障害者手帳番号													
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者）※現在、利用されている医療機関等	医療機関名						所在地・電話番号						
							(ー)						
							(ー)						
						(ー)							
砂川市福祉事務所長 様								年 月 日		受付欄			
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。													
申請者氏名													

※ 変更（自己負担額限度額及び指定医療機関の変更認定）の場合、受診者欄及び変更のある欄の全て記入

自立支援医療 (育成医療・更生医療) 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	ふりがな				生年月日	
	氏 名				年 月 日	
	ふりがな					
	住 所					
	加入医療保険の記号 及び番号			保険者名		
	重度かつ継続	該当 ・ 非該当				
保護者 (受診者が 18 歳未 満の場合記入)		ふりがな			続柄	
		氏 名				
		ふりがな				
		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		月額		円		
有効期間		年 月 日 から		年 月 日まで		
上記のとおり認定する。						
年 月 日		砂川市福祉事務所長		印		

(裏面)

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）			
公費負担の対象となる障害		重度かつ継続	該当・非該当
医療の具体的方針			
特定疾病療養受療証		有	無

別記第 25 号様式（第 18 条関係）

自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者等記載事項変更届出

受 診 者	ふりがな					生年月日
	氏 名					年 月 日
	ふりがな					
	住 所					
保護者(受診者が 18 歳未満の 場合記入)	ふりがな				続柄	
	氏 名					
	ふりがな					
	住 所					
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)					
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受 診者と同一の加入者)					
	身体障害者手帳番号					
備考						
<p>自立支援医療（育成医療・更生医療）受給者証及び自立支援医療（育成医療・更生医療）支給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>届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">砂川市福祉事務所長 様</p>						

※ 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、自立支援医療費（育成医療・更生医療）支給認定（変更認定）申請書に記載すること。

※ 医療受給者証を添付してください。