柴田町印鑑の登録及び証明に関する条例施行規則等の一部を改正する規則をここに公布する。

令和6年11月27日

柴田町長 滝 口 茂

柴田町規則第16号

柴田町印鑑の登録及び証明に関する条例施行規則等の一部を改正する規則

(柴田町印鑑の登録及び証明に関する条例施行規則の一部改正)

第1条 柴田町印鑑の登録及び証明に関する条例施行規則(平成7年柴田町規則第26号)の一部を次のように改正する。

改 正 後	改 正 前
様式第 1号別記 1様式第 4号別記 3様式第 5号別記 5様式第 8号別記 7	様式第1号     別記2       様式第4号     別記4       様式第5号     別記6       様式第8号     別記8

(柴田町国民健康保険出産資金貸付基金条例施行規則の一部改正)

第2条 柴田町国民健康保険出産資金貸付基金条例施行規則(平成13年柴田町規則第20 号)の一部を次のように改正する。

改 正 後	改 正 前
様式第 1 号     別記 9       様式第 4 号     別記 1 1       様式第 5 号     別記 1 3	様式第1号     別記10       様式第4号     別記12       様式第5号     別記14

(高額療養費貸付基金の設置及び管理に関する条例施行規則の一部改正)

第3条 高額療養費貸付基金の設置及び管理に関する条例施行規則(平成14年柴田町規則第3号)の一部を次のように改正する。

改 正 後	改正前
様式第1号     別記15       様式第2号の2     別記17	様式第1号 別記16 様式第2号の2 別記18

様式第2号の3 別記19	様式第2号の3 別記20
様式第2号の4 別記21	様式第2号の4 別記22

(柴田町子ども医療費の助成に関する規則の一部改正)

第4条 柴田町子ども医療費の助成に関する規則(平成16年柴田町規則第23号)の一部を次のように改正する。

様式第 1号     別記 2 3       様式第 4号     別記 2 5       様式第 5号     別記 2 7       様式第 6号     別記 2 9       様式第 7号     別記 3 0       様式第 7号     別記 3 2	改 正 後	改 正 前
│ <u>様式第9号</u> 別記33	様式第4号     別記25       様式第5号     別記27       様式第6号     別記29	様式第4号     別記26       様式第5号     別記28       様式第6号     別記30

(柴田町障害者医療費の助成に関する規則の一部改正)

第5条 柴田町障害者医療費の助成に関する規則(平成16年柴田町規則第24号)の一部を 次のように改正する。

改 正 後	改正前
様式第1号     別記35       様式第4号     別記37       様式第5号     別記39       様式第6号     別記41       様式第7号     別記43       様式第9号     別記45	様式第1号     別記36       様式第4号     別記38       様式第5号     別記40       様式第6号     別記42       様式第7号     別記44       様式第9号     別記46

(柴田町国民健康保険規則の一部改正)

第6条 柴田町国民健康保険規則(平成18年柴田町規則第36号)の一部を次のように改正する。

改 正 後	改 正 前
(趣旨)	(趣旨)
第1条 この規則は、国民健康保険法(昭和3	第1条 この規則は、国民健康保険法(昭和3
3年法律第192号。以下「法」という。)、	3年法律第192号。以下「法」という。)、
国民健康保険法施行令(昭和33年政令第3	国民健康保険法施行令(昭和33年政令第3

62号)、国民健康保険法施行規則(昭和33年厚生省令第53号)及び柴田町国民健康保険条例(昭和31年柴田町条例第16号。以下「条例」という。)の施行に関し、別に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

#### (資格確認書の更新)

第8条 <u>資格確認書</u>の更新は、毎年8月1日に 行う。ただし、特別の事情があるものについ ては、当該<u>資格確認書</u>の更新時期を変更する ことができる。

#### (一部負担金の手続等)

- 第12条 前条第1項の規定による交付を受けた者(以下「減免等対象者」という。)が療養の給付を受けようとするときは、保険医療機関又は保険薬局に個人番号カード又は資格確認書及び国民健康保険一部負担金減免等証明書を提示して療養の給付を受けるものとする。ただし、緊急その他やむを得ない事由があるときは、この限りでない。
- 2 保険医療機関**又は保険薬局**は、減免等対象者に療養を行った場合は、その者より徴収すべきであった一部負担金に相当する額を診療報酬明細書に記し、国民健康保険一部負担金減免等証明書の写しを添えて町に請求する。

 $3 \sim 4$  (略)

別表 別記47

様式第1号 別記49

様式第3号 別記51

62号)、国民健康保険法施行規則(昭和33年厚生省令第53号。以下「法施行規則」という。)及び柴田町国民健康保険条例(昭和31年柴田町条例第16号。以下「条例」という。)の施行に関し、別に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

#### (被保険者証の更新)

第8条 <u>被保険者証</u>の更新は、毎年8月1日に 行う。ただし、特別の事情があるものについ ては、当該<u>被保険者証</u>の更新時期を変更する ことができる。

#### (一部負担金の手続等)

- 第12条 前条第1項の交付を受けた者(以下「減免等対象者」という。)が療養の給付を受けようとするときは、保険医療機関に被保険者証及び国民健康保険一部負担金減免等証明書を提出して療養の給付を受けるものとする。ただし、緊急その他やむを得ない事由があるときは、この限りでない。
- 2 保険医療機関は、減免等対象者に療養を行った場合は、その者より徴収すべきであった 一部負担金に相当する額を診療報酬明細書に 記し、国民健康保険一部負担金減免等証明書 の写しを添えて町に請求する。

 $3 \sim 4$  (略)

別表 別記48

<u>様式第1号</u> 別記50

様式第3号 別記52

(柴田町障害児通所給付費等の支給に関する規則の一部改正)

第7条 柴田町障害児通所給付費等の支給に関する規則(平成24年柴田町規則第32号)の 一部を次のように改正する。

改 正 後	改 正 前

1	1
様式第1号 別記53	様式第1号 別記54
様式第4号 別記55	様式第4号 別記56
様式第5号 別記57	様式第5号 別記58
様式第6号 別記59	様式第6号 別記60
様式第9号 別記61	様式第9号 別記62
様式第10号 別記63	様式第10号 別記64
様式第11号 別記65	様式第11号 別記66
様式第13号 別記67	様式第13号 別記68
様式第15号 別記69	様式第15号 別記7O
様式第17号 別記71	様式第17号 別記72
様式第18号 別記73	様式第18号 別記74

(柴田町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8条 柴田町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25年柴田町規則第22号)の一部を次のように改正する。

	) ( - <del>)</del> ( ) <b>(</b> 0
改 正 後	改 正 前
様式第1号 別記75	様式第1号 別記76
様式第5号 別記77	様式第5号 別記78
様式第6号 別記79	様式第6号 別記80
様式第10号 別記81	様式第10号 別記82
様式第11号 別記83	様式第11号 別記84
様式第12号 別記85	様式第12号 別記86
様式第14号 別記87	様式第14号 別記88
<u>様式第15号</u> 別記89	様式第15号 別記90
<u>様式第17号</u> 別記91	様式第17号 別記92
<u>様式第18号</u> 別記93	様式第18号 別記94
様式第20号 別記95	様式第20号 別記96
<u>様式第21号</u> 別記97	様式第21号 別記98
様式第24号 別記99	様式第24号 別記100
様式第25号 別記101	様式第25号 別記102
様式第27号 別記103	様式第27号 別記104
様式第28号 別記105	様式第28号 別記106
様式第29号 別記107	様式第29号 別記108
様式第31号 別記109	様式第31号 別記110
様式第34号 別記111	様式第34号 別記112
様式第34-3号 別記113	様式第34-3号 別記114

(柴田町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例施行規則の一部改正)

第9条 柴田町母子・父子家庭医療費の助成に関する条例施行規則(平成27年柴田町規則第 5号)の一部を次のように改正する。

改 正 後	改 正 前
様式第1号     別記117       様式第4号     別記119       様式第5号     別記121       様式第6号     別記123       様式第8号     別記125	様式第1号     別記118       様式第4号     別記120       様式第5号     別記122       様式第6号     別記124       様式第8号     別記126

(柴田町個人情報保護法施行条例施行規則の一部改正)

第10条 柴田町個人情報保護法施行条例施行規則(令和4年柴田町規則第22号)の一部を 次のように改正する。

改 正 後	改 正 前
様式第2号     別記127       様式第3号     別記129       様式第4号     別記131       様式第12号     別記133       様式第16号     別記135	様式第2号別記128様式第3号別記130様式第4号別記132様式第12号別記134様式第16号別記136

### 別記1 (改正後)

様式第1号(第7条関係)

印鑑登録申請書

月鑑番号	$\Box$
登録日	
照会日	

		申請生	年月日	年	月	日
即 鑑	住 所					
	集田町   柴田町					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日		

上記のとおり印鑑の登録を申請します。

柴田町長 殿

### 注意事項

- 1) 登録申請時、申請者が本人であることの確認をします。
- 2) 代理登録申請は、代理人の本人確認をします。また、登録申請者の委任状を提出してください。この場合、印鑑登録申請が本人の意思に基づくものであるか郵便書簡による確認を行いますので、印鑑登録証は即時発行できません。

〔代理人〕 代理登録の場合、記入してください。

住	所					
氏	名					
生年	月日					
		 	年	月	 目	

確認
【1点確認】
□官公署の発行した免許証
□公的許可証又は身分証明書:写真貼付
□保証書
【2点確認】
□確認質問 (住民票・戸籍記載事項等)
□ <u>健康保険資格確認書等</u>
□ <u>年金手帳等</u>
□学生証

受付確認

### 別記2 (改正前)

様式第1号(第7条関係)

印鑑登録申請書

白鑑番号	
登記	
<b>熙会</b> 日	

		申請	年月日	年	月	日
即 鑑	住 所					
	集田町   柴田町					
	氏 名					
	生年月日	年	月	日		

上記のとおり印鑑の登録を申請します。

柴田町長 殿

### 注意事項

- 1) 登録申請時、申請者が本人であることの確認をします。
- 2) 代理登録申請は、代理人の本人確認をします。また、登録申請者の委任状を提出してください。この場合、印鑑登録申請が本人の意思に基づくものであるか郵便書簡による確認を行いますので、印鑑登録証は即時発行できません。

〔代理人〕 代理登録の場合、記入してください。

住	所				
氏	名			<u>(F)</u>	
生年月	目	年	月	日	
		•		-	

確認
【1点確認】
□官公署の発行した免許証
□公的許可証又は身分証明書:写真貼付
□保証書
【2点確認】
□確認質問 (住民票・戸籍記載事項等)
□ <u>健康保険証</u>
□ <u>年金手帳</u>
□学生証

受付確認

様式第4号(第7条関係)

年 月 日

様

柴田町長印

### 照 会 書

年 月 日にあなたの印鑑登録の申請がありましたので照会します。 あなたが申請されたものに相違がなければ 年 月 日までに次のものを町 民環境課にお持ちください。

- ① 回答書
- ② 代理人選任届/印鑑登録証受領書
- ③ 印鑑登録する方の身分証明書(写し不可) <u>1点/マイナンバーカード、健康保険資格確認書等、介護保険証、年金手帳等</u>
- ④代理人の身分証明書(写し不可)1点/マイナンバーカード、運転免許証、旅券など顔写真付のもの2点/健康保険資格確認書等、介護保険証、年金手帳等、学生証(写真付)など
- <u>⑤</u> 登録する印鑑

#### <注意事項>

- (1) 期限日までに回答がない場合、印鑑登録の申請は無効となります。
- (2) 回答書の登録印(実印)欄は、鮮明に押印してください。

<del>- (切り離さないでください) ---</del>

## 回答書

照会のありました印鑑登録の申請については、私の意思によるものに相違ありません。

柴田町長		年	Ē	月	日
	N ====				
	住所		登	録	印
	氏名				
	生年月日				

### 別記4 (改正前)

様式第4号(第7条関係)

年 月 日

様

宮城県柴田郡柴田町長 印

### 照会書

年 月 日にあなたの印鑑登録の申請がありましたので照会します。 あなたが申請されたものに相違がなければ 年 月 日までに次のものを町 民環境課にお持ちください。

- ① 回答書
- ② 代理人選任届/印鑑登録証受領書
- ③ 印鑑登録する方の身分証明書(写し不可)
- ④ 代理人が登録に来庁する場合は代理人の身分証明書(写し不可)

#### <注意事項>

- (1) 期限日までに回答がない場合、印鑑登録の申請は無効となります。
- (2) 回答書の登録印(実印)欄は、鮮明に押印してください。

<del>(切り離さないでください)</del>

## 回答書

照会のありました印鑑登録の申請については、私の意思によるものに相違ありません。

<u>様</u>	年	Ē	月	日
/A;				
住所		登	録	印
<b></b> 氏名				
生年月日				

# 別記5 (改正後)

様式第5号(第7条関係)

印 鑑 登 録 廃 止 届 書 兼印鑑登録証亡失届書 兼印鑑亡失届書

印鑑番号
廃止日
新印鑑番号

	届出年月日 年 月 日
印 鑑 改印または印鑑登録証亡失のとき 届出印を押印	住 所       柴田町       氏 名       生年月日       年 月月       月 日
廃止理由  □ 印鑑登録証をなくしただ □ 登録の鑑をなくしただ □ 登録不要になったため □ 改印のため □ その他	± Ø
〔代 理 人〕 代理 住 所	<b>里届出の場合、記入してください</b>
氏 名 生年月日 年	

# 別記6 (改正前)

様式第5号(第7条関係)

印 鑑 登 録 廃 止 届 書 兼印鑑登録証亡失届書 兼印鑑亡失届書

印鑑番号
廃止日
新印鑑番号

	届出年月日 年 月 日
印 鑑 改印または印鑑登録証亡失のとき 届出印を押印 氏	田町 名 <u>即</u>
	年 月 日
廃止理由  □ 印鑑登録証をなくしたため □ 登録中鑑をなくしたため □ 登録不要になったため □ 改印のため □ その他	上記の印鑑登録を廃止したいので届出します。 柴田町長 殿 選「園」 ■代理人の場合は、委任状を提出してください。
〔代理人〕 代理届出位 住 所	の場合、記入してください
氏 名	<u>®</u>
生年月日 年	<b>Д</b>

### 別記7 (改正後)

様式第8号(第7条関係)

# 代理人選任届

	住	所				
代						
理人	氏	名	生年月日			
八				年	月	日生

私に係る印鑑登録申請及び印鑑登録証を受領することにつき、上記の者を私の代理人に 選任し、その権限を委任したのでお届けします。

年 月 日

柴田町長殿

住 所 柴田町

氏 名

<del>(切り離さないでください)</del>

# 印鑑登録証受領書

年 月 日

柴田町長殿

上記申請に係る印鑑登録証は、確かに受領しました。

受領者 住 所

(代理人) 氏 名

#### 《注意》

<u>1</u> <u>印鑑登録証は、登録を行なう本人または上記の代理人のいずれかの方が受領して</u> ください。

### 別記8 (改正前)

様式第8号(第7条関係)

# 代理人選任届

	住	所				
代						
理人	氏	名	生年月日			
八				年	月	日生

私に係る印鑑登録申請及び印鑑登録証を受領することにつき、上記の者を私の代理人に 選任し、その権限を委任したのでお届けします。

年 月 日

柴田町長殿

住 所 柴田町

氏 名

(EJ)

#### 《注意》

- 1 代理人選任届は、登録を行なう本人が自署捺印してください。
- 2 収入印紙は不要です。

<del>- (切り離さないでください)</del>

## 印鑑登録証受領書

年 月 日

柴田町長殿

上記申請に係る印鑑登録証は、確かに受領しました。

受領者 住 所

(代理人) 氏 名

(ET)

#### 《注意》

- <u>1</u> <u>印鑑登録証は、登録を行なう本人または上記の代理人のいずれかの方が受領して</u> <u>ください。</u>
- 2 受領者欄は、受領する方が自署捺印してください。

## 別記9 (改正後)

様式第1号(第2条関係)

出産資金貸付申請書

		町長	を副り	盯長	課	長	補佐(班	長)	班員	
受付番号	第	号		受付	·年月	田	年	· 月	日	
<b>健康保険</b> 記号番号	み柴	A		世帯	主氏	名				
住 所										
出産予定			生年	月日	年	E J	月日	続 柞	丙	
被保険者	氏名		出産	: 予 ;	定 日		年	月	日	
申請時の妊娠	<b></b>	週	出産・死産日				年	月	日	
出産予定の日 及び所在地	医療機関の名称									
出産資金の振込先(世帯主名義預金口座)銀行名等										
預金の種類	1 普通	2 当座			—— 莝番号					

上記の者に係る出産に要する費用の支払のため、資金の貸付けを受けたいので関係書類を添えて申請いたします。

年 月 日

申請者 住 所

1. 氏 名

電話番号

保証人 住 所

2. 氏 名

電話番号

柴田町長 殿

添付書類 出産予定日まで1か月以内であることを証明する書類または妊娠4か月以上の 出産・死産であることを証明する書類

## 別記10 (改正前)

様式第1号(第2条関係)

出産資金貸付申請書

		町長	€副問	町長	課	長	補佐(班	長)		班員
受付番号	第	号		受付	年月	月日	年		月	日
<u>被保険者証</u> 記 号 番 号	み柴	A		世帯	主旦	6名				
住 所										
出産予定			生年	月日	4	年	月日	続	柄	
被保険者	氏名		出産	: 予 :	定 日		年	,	月	日
申請時の妊娠	<b></b> 長週数	週	出産・死産日				年	,	月	日
出産予定のB 及び所在地	医療機関の名称									
出産資金の振込先(世帯主名義預金口座)銀行名等										
預金の種類	1 普通	2 当座			<b>垄番</b> 号	==				

上記の者に係る出産に要する費用の支払のため、資金の貸付けを受けたいので関係書類を添えて申請いたします。

年 月 日

申請者 住 所

1. 氏 名

FD

電話番号

保証人 住 所

2. 氏 名

(ET)

電話番号

柴田町長 殿

添付書類 出産予定日まで1か月以内であることを証明する書類または妊娠4か月以上の 出産・死産であることを証明する書類

## 別記11 (改正後)

様式第4号(第3条関係)

出產資金借用証書

借	用	金	額	円
借	用	期	間	年 月 日から 出産育児一時金支給日まで

上記の金額を借用いたします。

上記の借用金は、柴田町国民健康保険出産資金貸付基金条例、柴田町国民健康保険出産 資金<u>貸</u>付基金条例施行規則等の規定に従い、誠実に償還いたします。

年 月 日

借受人 住 所 氏 名

保証人 住 所 氏 名

柴田町長 殿

## 別記12 (改正前)

様式第4号(第3条関係)

出產資金借用証書

借	用	金	額	円
借	用	期	間	年 月 日から 出産育児一時金支給日まで

上記の金額を借用いたします。

上記の借用金は、柴田町国民健康保険出産資金貸付基金条例、柴田町国民健康保険出産資金付基金条例施行規則等の規定に従い、誠実に償還いたします。

年 月 日

借受人 住 所 氏 名

保証人 住 所 氏 名 <u>⑩</u>

柴田町長 殿

添付書類 借受人及び保証人の印鑑証明書各1通

# 別記13 (改正後)

様式第5号(第7条関係)

### 国民健康保険出産資金貸付基金台帳

(設置年月日・・・・)

						内				訳
年 月 日	事	曲	増額分	減額分	基金現在高	普通預金	定	期預	金	計
						百世原並	3か月	6か月	1 年	司

# 別記14 (改正前)

様式第5号(第7条関係)

### 国民健康保険出産資金貸付基金台帳

(設置年月日・・・・)

						内				訳	
年 月 日	事	曲	増額分	減額分	基金現在高	普通預金	定	期預	金	計	<u>検認印</u>
						百世识述	3か月	6か月	1 年	日日	

## 別記15 (改正後)

様式第1号(第3条関係)

### 高額療養費貸付申請書

年 月 日

柴田町長 殿

申請者

住 所 柴田町

氏 名

電 話

高額療養費支払いのため貸付けを受けたいので関係書類を添えて申請いたします。

<u>健</u> 康	<u>保</u>	<u>険</u>	記号			番号		氏名	
住		所	柴田町	ſ					
被 保及び被	険 : 扶養	者養者	続 柄			氏名		生年月日	
保険者	名	称		柴	田	町			
体拠有	所在	生地	宮城県	· 柴田郡柴田	町船	岡中央□	工目3番45号		
医療機関	名	称							
機関	所在	生地							

## 別記16 (改正前)

様式第1号(第3条関係)

### 高額療養費貸付申請書

年 月 日

柴田町長 殿

申請者

住 所 柴田町

氏 名

印

電 話

高額療養費支払いのため貸付けを受けたいので関係書類を添えて申請いたします。

被 保 🛚	食 者 証	記号			番号		氏名	
住	所	柴田町	Ť					
被 保及び被	険 扶養者	続 柄			氏名		生年月日	
保険者	名 称		柴	田	町			
体陕石	所在地	宮城県	柴田郡柴田	町船同	岡中央□	工目3番45号		
医療機関	名 称							
機関	所在地							

# 別記17 (改正後)

様式第2号の2 (第3条関係)

### 高額療養費貸付借用証書

借用金額	Ī			万	千	Ī	百	+	円
借用期間		年	月	日から		年月	1	日まで	

上記の金額を借用いたしました。

ただし、借用期間内でも加入保険から高額療養費が支給されたときは、直ちに償還いたします。

年 月 日

借受人 住 所 氏 名

柴田町長 殿

## 別記18 (改正前)

様式第2号の2 (第3条関係)

#### 高額療養費貸付借用証書

借用金額			万	千		百	+	円
借用期間	年	月	日から		年	月	日まで	

上記の金額を借用いたしました。

ただし、借用期間内でも加入保険から高額療養費が支給されたときは、直ちに償還いたします。

年 月 日

借受人 住 所

氏 名 ⑩

柴田町長 殿

## 別記19 (改正後)

様式第2号の3 (第3条関係)

#### 高額療養費貸付金受領委任状

私が受領すべき 年 月診療分柴田町高額療養費貸付金について、下記のとおり委任いたします。

年 月 日

委任されたもの (医療機関)

住 所

氏 名

委任するもの(貸付申請者)

住 所

氏 名

口座振替依頼書

円

銀	行		名				支	Г	ŧ	名	
口,	座の	種	類	普	通・当	座	П	座	番	号	
預金	金者の	)氏	名								

上記の口座へ振り込みを依頼します。

年 月 日

氏 名

# 別記20 (改正前)

様式第2号の3 (第3条関係)

#### 高額療養費貸付金受領委任状

私が受領すべき	年	月診療分柴田町高額療養費貸付金について、	下記のとお
り委任いたします。			

年 月 日

委任されたもの(医療機関)

住 所

氏 名

(ET)

委任するもの(貸付申請者)

住 所

氏 名

**ED** 

口座振替依頼書

円

銀		行		名					支	Л	Ė	名	
П	座	の	種	類	普	通・	当	座	口	座	番	号	
預金	金者	r O	氏	名									

上記の口座へ振り込みを依頼します。

年 月 日

氏 名

(ET)

## 別記21 (改正後)

様式第2号の4 (第4条関係)

高額療養費の受領及び借受金償還に関する委任状

委任されたもの

住 所 柴田町船岡中央二丁目3番45号

氏 名 柴田町長

私は、上記のものに対し、高額療養費制度による療養費について、加入保険から支給される高額療養費の受領及び柴田町高額療養費貸付制度による貸付金の償還に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任するもの

住 所

氏 名

### 貸付金以外の自己負担分領収証明書

		年	月	診療分にかか	る請求額			円の内、	下記の金	≷額につレ	て領収
しま	ました。	,									
						記					
1	患者	住	所	柴田町							
		氏	名								
2	領収金	金額_		<u>円</u>							
	内	訳									
		·部負	担金額	Ę			食事代	・その他	Ĺ		
						円					円
<b>%</b>	《領収》	金額に	は、請	求金額の内、	貸付予定額	額以外	の金額	になりま	す。		

年 月 日

医療機関名

柴田町長 殿

※当様式は、分割払いの領収書を発行できない場合にご使用ください。

## 別記22 (改正前)

様式第2号の4 (第4条関係)

高額療養費の受領及び借受金償還に関する委任状

委任されたもの

住 所 柴田町船岡中央二丁目3番45号

氏 名 柴田町長

私は、上記のものに対し、高額療養費制度による療養費について、加入保険から支給される高額療養費の受領及び柴田町高額療養費貸付制度による貸付金の償還に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

委任するもの

住 所

氏 名

(ET)

### 貸付金以外の自己負担分領収証明書

		年	月	診療分にか	かる請求	額		円の内、	下記の金	€額につい	いて領収
しま	ミした。										
						記					
1	患者	住	所	柴田町_				_			
		氏	名					_			
2	領収金	<b>逾额_</b>		円							
	内記	尺									
	_	部負	担金額	Į			食事代	・その他	L		
						円					円
*	《領収金	を額に	は、請え	求金額の内	、貸付予欠	定額以夕	トの金額に	こなりま	す。		
		左	F,	月 日							
							医療	機関名			<u>印</u>
爿	<b>岩田町</b> 野	Ē	ļ	殿							
>	《当様式	さは、	分割	払いの領収	書を発行っ	できない	場合に	ご使用く	ださい。		

## 別記23 (改正後)

様式第1号(第5条関係)

	ıthı	T1 WT*	E		F	設		子と	ごも	医療費息	受給	合資格登録	(更新)	申詞	清書	Î				年	月		日
	米	田町	X		E	<b></b>							申請者	住氏電話	名			_		_	_	)	
情報の する同 (同意 をいれ い。)	司意の場	の確 合は	認 ✓	に関	申請 <b>事</b> する	情報	を閲覧		るこ			資格の確認を ます。ただし											
保	フ!	リガ	ナ							子ども と の続柄	날 j	生年月日			:	年	月		日	性別	IJ	男·	女
VK	氏	:	名									個人番号											
護	住		所						(′	TEL		)	勤務先						(T	ΕL			)
叹	フ!	リガ	ナ							子どもとの続柄	년   	生年月日				年	月 <del></del> :		日	性別	ıj	男・	-
者	氏	:	名									個人番号											
111	住		所						(′	TEL		)	勤務先						(T	ΕL	ı		)
	フ!	リガ	ナ							保護者と の続柄		生年月日			•	年 	月		日 .	性別	IJ.	男 <b>•</b>	女
	1	氏:	名									個人番号											
子	住		所							/m 5#+dv )			T							1			
	フ!	リガ	ナ							保護者との続柄		生年月日	:			年 <del>- :</del>	月 <del></del>		日 :	性別	[]	男・	女
ど	2	氏 :	名									個人番号											
	住		所							/U3#-W 1										1			
₽	フ!	リガ	ナ							保護者との続柄		生年月日			:	年 <del>- :</del>	月 <del>:</del>		日 :	性別	[]	男 ·	女
	3	氏:	名									個人番号											
	住		所				Ι																
<u>健</u>	被	保	険	者	氏	名						記 号•	番号										
	健	康(	宋 『	<b>负</b> (	か 種	別			国保	•	協.	会健保・	組合	•		沿員	•	共	済	• .	その化		
<u>康</u> 保 険	保具	険 者	名			称								資	格取	得年	月日			年		月	日
<u>122</u>			所		在	地											附加解	給付	<b>※</b> 1		有	• 無	ŧ
上記の	子ど	もの	医療	費助	成に、	OV 17	、下	記口座	经个排	長込みされ	いる	ことを承諾	します。										
振込希	望金	融機	関名							<b>座番号</b>	圭	普通・当座		口座	名義	を (フ	リガ	ナ)					
		Ś	银行			7	は店・	支店	Ν	ο.													
処理事		受	給	ì	資	格	適	否		適	•	否	(否の	理由	)			1					
*	※2 受				者		番	号	1				2					3					

### 附加給付に関する証明

当該事業所については、左記申請者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

給付規定の内容

1. なし

2. あり(給付規定の写し添付)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名

## 別記24 (改正前)

様式第1号(第5条関係)

	柴田	町長		展	几汉		子と	ども	医療費受	乏給資	資格登録	(更新 <i>)</i> 申請者		所				ć	年	月 便	
		確認	に関	申請	青報		等する	るこ			各の確認を こ。ただし		め、町		该子					マ族等(	) の地方税
保	フリ	ガナ							子どもと の続柄	- /	生年月日			<b>年</b>	F.	月	. =		性別		男・女
P1*	氏	名								1	個人番号										
護	住	所						(′	TEL		)	勤務先						(T)	ΕL	1	)
HX	フリ	ガナ	ļ						子どもと の続柄 		生年月日	:	-	年 :	F :	月	- F	:	性別		男・女
者	氏	名								1	個人番号		-								
п	住	所						(′	TEL	. 1	)	勤務先						(T)	EL	1	)
	フリ	ガナ 	ļ						保護者と の続柄	: /	生年月日			· 年	F	月			性別		男・女
1	① 氏	名								1	個人番号										
子	住	所						1	保護者と	. 1										1	
	フリ		<del> </del>						の続柄		生年月日	:	-	· 年	F.	月 	<u> </u>	l -	性別		男・女
ど	② 氏									1	個人番号								<u> </u>	<u> </u>	
	住	所						1	保護者と	.											
£	フリ		<b></b>						の続柄		生年月日	:	:	· 年	F :	月 	 	:	性別	<u>                                     </u>	男・女 ::
	③ 氏									1	個人番号										
	住地	所		rr .	h					=		vi. 1									
<u> </u>	被使申		後 者 険 ()	氏の種				国保	•	協会領		番 号 組合	•	ψà.	<b>員</b>	•	共済		• <i>?</i>	の他	
<u>医</u> 療	座 冰		<u></u> 名	ノ 1里	称			四小		MAK.	<b>是</b> (八	小口		格取往			751/1		年	月	
加入医療保険	保険	者 -		在	地								具	ПТЧХТ	TT.		計 ※	· 1		有・	
	子ども					(、下記	200	区へお	<b></b>	いるこ	とを承諾し	します。				113/46/1		`-		14	7
振込希				,,,,,				l	<b>坐番号</b>		・ 当座	- 3.70	口座	名義	(フ	リガオ	<del>-</del> )				
		銀			4	店・ラ	支店	N													
処理事	項			資	格 適 否 適 ・ 否					(否の理由)											
×	_	受	給														3	)			

#### 附加給付に関する証明

当該事業所については、左記申請者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

給付規定の内容

1. なし

2. あり(給付規定の写し添付)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名

<u>ED</u>

## 別記25 (改正後)

様式第4号(第7条関係)

(表)

	子ども医療費助成受給者証												
入	院	外											
入		院											
公	費負担者番	号											
受	給 者 番	号											
子	住	所											
کٽ	氏	名								男・女			
ŧ	生年月	日											
有	効 期	間											
発及		者 印											
交	付年月	日											

- 1 厚紙その他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
- 2 大きさは、縦130ミリメートル、横90ミリメートルとする。
- 3 色は、桃色とする。

#### 注 意 事 項

- 1 この証は、子どもが医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。
- 2 受診される際に、本証を医療機関窓口に提示してください。
- 3 以下の(1)~(4)の場合には、医療費の自己負担分を医療機関窓口で一旦支払い、その後、柴田町役場に「助成申請書」を提出してください。後日、審査のうえ指定口座にお支払いされます。
  - (1) 医療機関窓口で本証を提示しなかった場合
  - (2) 県外の医療機関を受診した場合
  - (3) 国民健康保険加入者の診察を、全く行っていない医療機関で受診した場合
  - (4) 本制度の現物給付に対応していない医療機関で受診した場合
- 4 子どもが社会保険加入の方の被扶養者で、限度額適用認定証をお持ちでない場合に、1か月の自己負担額が限度額を超えたときは、その超えた額は、一旦医療機関窓口で支払ってください。その後、保険者に償還の手続をすることになります。
- 5 以下の(1)  $\sim$  (4) の場合は、速やかに本証とともに柴田町役場に届け出てください。
  - (1) 住所を変更したとき。
  - (2) 別の健康保険に加入したとき。
  - (3) 氏名を変更したとき。
  - (4) 生活保護を受けるようになったとき。
- 6 有効期限を超えた場合は、本証を柴田町役場へ返却してください。
- 7 受給資格がない方が、本制度による医療費助成を受けた場合、その他過払い等が生じた場合は、返還していただくことになります。
- 8 連絡先

柴田町役場

## 別記26 (改正前)

様式第4号(第7条関係)

(表)

	子ども医療費助成受給者証												
入	院	外											
入		院											
公	費負担者番	号											
受	給 者 番	号											
子	住	所											
کٽ	氏	名								男・女			
ŧ	生年月	日											
有	効 期	間											
発及		者 印											
交	付年月	日											

- 1 厚紙その他の材料を用い、使用に十分耐えうるものとする。
- 2 大きさは、縦130ミリメートル、横90ミリメートルとする。
- 3 色は、桃色とする。

#### 注 意 事 項

- 1 この証は、子どもが医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。
- 2 受診される際に、保険証といっしょに本証を医療機関窓口に提示してください。
- 3 以下の(1)~(4)の場合には、医療費の自己負担分を医療機関窓口で一旦支払い、その後、柴田町役場に「助成申請書」を提出してください。後日、審査のうえ指定口座にお支払いされます。
  - (1) 医療機関窓口で本証を提示しなかった場合
  - (2) 県外の医療機関を受診した場合
  - (3) 国民健康保険加入者の診察を、全く行っていない医療機関で受診した場合
  - (4) 本制度の現物給付に対応していない医療機関で受診した場合
- 4 子どもが社会保険加入の方の被扶養者で、限度額適用認定証をお持ちでない場合に、1か月の自己負担額が限度額を超えたときは、その超えた額は、一旦医療機関窓口で支払ってください。その後、保険者に償還の手続をすることになります。
- 5 以下の(1)  $\sim$  (4) の場合は、速やかに本証とともに柴田町役場に届け出てください。
  - (1) 住所を変更したとき。
  - (2) 別の健康保険に加入したとき。
  - (3) 氏名を変更したとき。
  - (4) 生活保護を受けるようになったとき。
- 6 有効期限を超えた場合は、本証を柴田町役場へ返却してください。
- 7 受給資格がない方が、本制度による医療費助成を受けた場合、その他過払い等が生じた場合は、返還していただくことになります。
- 8 連絡先

柴田町役場

# **別記27** (改正後) 様式第5号(第8条関係)

## 子ども医療費受給資格内容等変更届出書

		する同意の ください。		同意⊄	給者	届出に の地方	税に	関する	の医療費 情報を閲 所得、挟	覧等	するこ。	とに	同意	しま	ます。	たが	ぎし	、公		
	HT.	Ħ							生年月	日					年		,	月	日	
受給者	氏	名							個人番	等号										
者	住	所								Γ)	`E L			_				_		)
	受給者	皆証番号							個人番	等号										
	氏	名									生年月	月								
子	受給者	<b>皆証番号</b>							個人番	等号										
子ども	氏	名									生年月	日								
	受給者	皆証番号							個人番	等号										
	氏	名									生年月	月								
	変	更事	Ħ																	
	Þ	区 分	ì				亲	斤								旧				
変	F	· 名	I																	
変更事項	信	E 所	Î																	
項	/7 <del>.</del>	保険す	者 名																	
<b>※</b> 変	<u>健</u> 康	記号・	番号																	
※変更部分の	<u>保</u>	被保険者	千氏名																	
ガの	<u>険</u>	附加給付	力内容																	
み 記 載		金融機	関名																	
載	振込	支店	名																	
	口座	口座者	番 号																	
	/	(カタカ 口座名:	まり																	
		_ <b>-</b>																		
	備考									,										

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届出けします。

年 月 日

柴田町長 殿

住 所

届出人

氏 名

Tel

### 別記28 (改正前)

様式第5号(第8条関係)

### 子ども医療費受給資格内容等変更届出書

		する同意 <i>の</i> ください。		同意の	給者	届出に の地力	ラ税に	上関する	の医療費 情報を閲 所得、挟	覧等	するこ	とに	同意	こしま	ミす。	たり	ぎし.	、公		
	п	Ħ							生年月	日					年		J	]	日	
受給者	氏	名							個人番	号										
者	住	所								(T	ΕL			_				_		)
	受給者	音証番号							個人番	号										
	氏	名								<i>,</i>	生年月	日								
子ども	受給者	音証番号							個人番	号										
t	氏	名								/	生年月	日								
	受給者	音証番号							個人番	号										
	氏	名								-	生年月	日								
	変	更事由	Ħ																	
	Þ	区 分	•					新								旧				
変	日	名	ı																	
変更事項	白	E 所	Î																	
項	<u>加</u>	保険す	者 名																	
<b>※</b> 変	<u>入</u> 医	記号・	番号																	
※変更部分	<u>療</u>	被保険者	氏名																	
$\mathcal{O}$	<u>保</u> <u>険</u>	附加給付	力容																	
み 記 載		金融機	関名																	
戦	振込	支 店	名																	
	口座	口座看	番号																	
	,	(カタカ 口座名:	ナ) 義人																	
	偱										1									
1 == = 1	1.2 10 <del>15</del>	再が出じ	2 -		√Λ <del>-1</del> /.÷	=≥>	T. >		D.3L.3 - 3L.	1_										

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届出けします。

年 月 日

柴田町長 殿

住 所

届出人

氏 名

Tel

## 別記29 (改正後)

様式第6号(第9条関係)

#### 子ども医療費受給者証返納届出書

	氏	名			生年月	日			年	月	目
受	住	所					続	柄			
給	加入	、保 険									
者	記号	• 番号									
	保険	者 名									
子ども	氏	名			生年月	日			年	月	日
£	住	所									
	1	助成期間	]終了								
返納の	2	転出(転	出先								)
返納の理由	3	死亡									
	4	その他	(								)
備											
考											

上記の子どもに係る子ども医療費助成受給者証を返納します。

年 月 日

柴田町長 殿

住 所

受給者

氏 名

## 別記30 (改正前)

様式第6号(第9条関係)

#### 子ども医療費受給者証返納届出書

	氏	名			生年月	∃			年	月	目
受	住	所				ŕ	売	柄			
給	加入	、保 険									
者	記号	• 番号									
	保険	食者 名									
子ども	氏	名			生年月	∃			年	月	日
4	住	所									
	1	助成期間	<b>月終了</b>								
返納の理由	2	転出(転	出先								)
理由	3	死亡									
	4	その他	(								)
備											
考											

上記の子どもに係る子ども医療費助成受給者証を返納します。

年 月 日

柴田町長 殿

住 所

受給者

氏 名

印

様式第7号(第10条関係)

	子 ども医 療 費 助 成 申 請 書	
<u>柴田町長</u> (あて		
<u>●</u> <u>年</u>	<u>申請日 年 月</u> 月分の子ども医療費の助成を以下のとおり申請します。	<u>日</u>
住 所		
受給者氏名	電話番号	
受給者証番号(7 桁)		
子ども氏名	生年月日 年 月	旦 生
健康保険	健康     1社会保険等       は     社会保険等に加入の方は、該当する保険をマルで囲んでください。 (全国健康保険協会以外は、名称も記載してください。)       保険     2柴田町国保   - 全国健康保険協会 - 保みののである。(タカカ・)	
<u>記号</u>	保   2柴田町国保   ・全国健康保険協会   ・健 保 組 合 (名称: - ・	<u>)</u>
<u>番号</u>	使のの	<u>)</u> )

### ▼以下の欄は、医療機関等で記入してください。

	<u>診療年月</u>					<u>年</u> _ <u> </u>	<u>   診療分</u>		
<u>外</u> 来	・、入院・調剤・訪問看護区分	<u>1</u> 外来(調剤含む)	<u>2</u>	<u>入防</u>	<u>民日数</u>	<u>日】</u>	<u>3</u>	<u>訪問看</u> 記	<u>養</u>
診療 点数・ 療養の 給	医療機関・調剤  ※処方箋発行医療機関が 複数の場合は調剤点数内 訳を記載してください。	総診療点数 ( 点) 本人負担額を右欄へ記入してくださ	L\ <u>.</u>	保険対象分の本人負担額等	(保険対象		ご記入くだる	さい。	
付等(保険		療養費の総費用 _(	<u>円)</u> <u>入し、</u> さい。		額が含また数、公費金配入くださ		合は、公費1 、負担額、2	負担医療 <i>の</i>	 )対象点 号をご
の 給付等( 保険対象 分のみ )	訪問看護療養費 ➡	回数 総費用額 基本利用料 本人負担額を右欄へ記入してくださ	5 田田回	人できい。 )	•公費負担	世医療の対象 世医療の公費 世医療の本ノ <u>川番号 (</u>	 費負担額(		<u>点)</u> 円) 円)
備考	<b>欄</b>	<u> </u>		_	7	. 1 .	<b>ф</b> .	I.	<u>オ</u> :: ::

様式第7号(第10条関係)

					<u>子</u>	<u>ども</u> [	医療	<u> </u>	申請	書		Æ		_	
<u> </u>	<u>柴田町長</u>		<u> </u>	<u> </u>								<u>年</u>	月_	<u> </u>	
	- 44 -	住	<u>所</u>												
	<u>受給者</u>	氏	名					<u>F</u>	<u></u>	EL		=			
	<u> </u>	<u> </u>	<u>月</u> :	分の子	ども医	療費	を下記	このとお	り申	請しま	<u>す。</u>				
7	じ +			受	給 者	番	号_								
<u>T</u>	<u>ども</u>	<u>氏</u> 名	<u> </u>						<u>生</u> 年	<u> </u>		<u>年</u>	<u>F</u>	<u> </u>	1生
被(	<u>保険者証</u>	<u>記</u> 見	<u> </u>					<u>番号</u>				1	<u>社保</u>	2 国	]保
	険 証 の 庁機関名									<u>保険</u>	<u> </u>				
	<u>-</u> -								Į.						
<u> </u>		<u>診</u>		療	年	月				<u>年</u>	<u>月</u>	診療			
		<u>診</u>		療	区	分	1	<u>5</u>	<u> </u>	<u>2</u> 入院	<u>(</u> <u>l</u>	<u>目)</u>	3	<u>訪問</u> 看	<u> </u>
		<u>診</u> 療	「 <u>柔</u>	道	O給付 <u>?</u> 整 復 等注 1 ē	— <u>師</u>	<u>診療</u> 〔療	<u>点数</u> 養費の	総費	<u>用</u>				<u>!</u> 円〕	<u>志</u>
及	<u>療 点 数</u> び	<u>点</u> 数 等			護療養 象分の			数 費 用 利用料						<u>F</u>	<u> </u>
<u>医</u> 疗	· 機関名	_	育月	<b>述医療</b>		他の	公費負	: <u>い。</u> !担医療 !入して				<u>;につ</u>	いて	は、その	<u>)名</u>
		<u>名</u> 和	<u>东</u>		医療	<u>公</u>	費負担	額		<u>円</u>	自己負	担額	<u>į</u>	<u> </u>	<u>円</u>
		<u>医</u>		ード											
		<u>療</u> 機 関	<u>1</u>	主所 名称 氏名				<u>T</u>	EL	(	<u>)                                    </u>	<u> </u>		Ē	<u>D</u>

【注意】注1 接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等〔療養の総費用〕欄に 「保険診療の費用額」を記入願います。

- ※印欄は、医療機関で記入ください。
- ※印欄以外は、申請者がもれなく記入し、印鑑は必ず押してください。

## 別記33 (改正後)

様式第9号(第12条関係)

#### 子ども医療費受給者証再交付申請書

	氏	名	生年月日		年	月	П
受	住	所		続柄			
給	加入	保険					
者	記号	• 番号					
	保険	者名					
子ども	氏	名	生年月日		年	月	日
£	住	所					

年 月 日

柴田町長 殿

住 所

受給者

氏 名

## 別記34 (改正前)

様式第9号(第12条関係)

#### 子ども医療費受給者証再交付申請書

	氏	名	生年月日		年	月	П
受	住	所		続柄			
給	加入	保険					
者	記号	• 番号					
	保険	者名					
子ども	氏	名	生年月日		年	月	日
£	住	所					

年 月 日

柴田町長 殿

住 所

受給者

氏 名

(EI)

## 別記35 (改正後)

様式第1号(第5条関係)

					医療費受給	資格登録(	更新)	申請書	E -	2	年 月	目
Ţ	柴田町長		槍			申請書	氏	所 名 5番号	(	-	-	)
る同意 する場	D閲覧等に 気の確認 場合は☑を ごさい。)	(同意	者及び打	夫養義務者等	等の地方税に	成受給資格の 関する情報を 得、扶養人数	閲覧等	するこ	とに同意し	します	。ただし	
	フリ	ガナ			障害者との 続柄	生年月日		年	月	月	性別	男・女
保	氏	名				個人番号						
護	住	所			(TEL	)	勤務分	た			(TEL	)
者	フリ	ガナ			障害者との 続柄	生年月日		年	月	月	性別	男・女
	氏	名				個人番号						
	住	所			(TEL	)	勤務分	も			(TEL	)
障害者	フリ	ガナ			保護者との 続柄	生年月日		年	月	目	性別	男・女
者	氏	名				個人番号						
	住	所								1	,	
	フリ	ガナ			障害者との 続柄	生年月日		年	月	日	性別	男・女
	氏	名				個人番号						
配	住	所										
[偶 者	フリ	ガナ			障害者との 続柄	生年月日		年	月	日	性別	男・女
・扶養義務	氏	名				個人番号						
義務	住	所			1							
者	フリ	ガナ			障害者との 続柄	生年月日		年	月	日	性別	男・女
	氏	名				個人番号						
	住	所										
<u>健</u>	被保険 世 帯		氏 名			記号・番	号					
<u>康</u>		保険の	種別	後期・ 国	国保 ・ 国保約	組合 · 全国(	建康保隆	<b>)</b> 険協会	<ul> <li>健保組</li> </ul>	l合 ·	共済 ・	( )
<u>保</u>	^		名 科	7				資格取	得年月日		年	月 日
<u>険</u>	保険	者	所在地	1					附加給付	<b>*</b> 1	有	· 無
上記の	者の障害	手者医療	景費助成に	こついて、下	記口座へ振	込みされるこ	とを承記	若します	•			
振込希	5望金融榜	幾関名	<u>銀行</u> 金庫		<u>本店</u> 支店	口座番号	・ 通・ 計	当座	口座名義	ま (フ)	リガナ)	
処理事	項※2		<ul><li>受給</li><li>会給</li></ul>	<ul><li>資格</li><li>選</li><li>者番</li></ul>	i 否 号	適 •	否	(否の	)理由)			

注) %10「附加給付」欄が「有」の場合は、勤務先から右側上欄に附加給付の証明を受けてください。 %20「処理事項」欄は、記入する必要がありません。

#### 附加給付に関する証明

当該事業所については、左記助成対象者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

(給付規定等の内容)

- 1 なし
- 2 あり (給付規定の写し添付)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

#### 事業所名

#### 所得に関する調書 円 円 社会保険料控除相当額 総所得金額 助 退職所得金額 雑 損 控 除 額 成 <sup>放</sup>対象者 控 医療費控除額 山林所得金額 小規模企業共済等掛金 0 土地等に係る事業所 除 前年 得等の金額 控除 額 長期譲渡所得金額 配偶者控除特別控除額 (又は全々 短期譲渡所得金額 障害者控除額 免 先物取引に係る雑所 寡婦控除・ひとり親 年 除 得等の金額 控除・勤労学生控除額 0 事業所得に対する道府 額 所得 県民税の免除に相当す 計 (A) る額 額 計 (B) (A) (B) 控除後の所得額 = =円 うち同一生計配偶者のうち 人 人 助成対象者の同一生計配偶 70歳以上の者の数又は老人 者及び扶養親族の合計数 扶養親族の数 うち特定扶養親族の数

#### 所得に関する調書記入上の注意事項

1 助成対象者の前年(又は前々年)の所得額欄

前年(又は前々年)の所得のうち地方税法の総所得金額※1、退職所得金額、山林所得金額、土地に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第33条の4第1項若しくは第2項、第34条第1項、第34条の2第1項、第34条の3第1項、第35条第1項、第35条の2第1項、第35条の3第1項又は第36条の規定の適用がある場合には、その額を控除した額)及び先物取引に係る雑所得等の金額のそれぞれと合計額を書いてください。

※1 所得税法第28条第1項に規定する給与所得又は同法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得を有する場合には、同法第28条第2項の規定により計算した金額及び同法第35条第2項第1号の規定により計算した金額の合計額から10万円を控除して得た金額(当該金額が0を下回る場合には、0とする。)と同項第2号の規定により計算した金額とを合算した額を当該給与所得の金額及び同条第1項に規定する雑所得の金額の合計額として計算するものとする。

#### 2 控除額(免除額)欄

- (1) 「雑損控除」「医療費控除」「小規模企業共済等掛金控除」「配偶者特別控除」の欄には、 前年(又は前々年)の所得について、それぞれの控除額を書いてください。
- (2) 障害者控除額欄

障害者(特別障害者を除く。)である本人、同一生計配偶者及び扶養親族の合計数に270,00円を乗じた額を書いてください。

(3) 特別障害者控除額欄

特別障害者である本人、同一生計配偶者及び扶養親族の合計数に400,000円を乗じた額を書いてください。

(4) 寡婦控除・ひとり親控除・勤労学生控除額欄

本人が、地方税法に定める寡婦であるときは270,000円、ひとり親であるときは350,000円、勤労学生であるときは270,000円とし、その合計額を書いてください。

(5) 事業所得に対する都道府県民税の免除額に相当する額欄

肉用牛の売却による事業所得に対する都道府県民税の免除に該当した場合は、その免除相当額を書いてください。

3 保護者の同一生計配偶者及び扶養親族の合計数欄等

所得税法に定める同一生計配偶者及び扶養親族の合計数を書いてください。

なお、所得税法に定める同一生計配偶者のうち70歳以上の者、老人扶養親族又は特定扶養親族があるときは、それぞれの人数を内書きしてください。

### 別記36 (改正前)

様式第1号(第5条関係)

				Ē	章害者	医療費受給	資格登録(	更新)	申請	書		年	月日	
اِ ا	柴田町長	Ž	栈	ŧ			申請書	住	所					
								氏雷動	名 舌番号	(	_	_	<u>即</u> )	
	つ閲覧等に		チェック欄	請に	係る障害	害者医療費助	成受給資格の					、当該障	/ 語者の保証	獲
	意の確認 場合は☑を						関する情報を						、公簿等に	Z
てくた	ごさい。)		より確認	認が	できなレ		得、扶養人数	のわか	る証明	書を添付	します	•		
	フリ	ガナ				障害者との 続柄	生年月日		年	月	月	性別	男・女	
保	氏	名					個人番号							
護	住	所				(TEL	)	勤務	先			(TEL	)	)
者	フリ	ガナ				障害者との 続柄	生年月日		年	月	月	性別	男・女	
	氏	名					個人番号							
	住	所				(TEL	)	勤務	先			(TEL	)	)
障害者	フリ	ガナ				保護者との 続柄	生年月日		年	月	月	性別	男・女	
者	氏	名					個人番号							
	住	所												
	フリ	ガナ				障害者との 続柄	生年月日		年	月	日	性別	男・女	
	氏	名					個人番号							
配	住	所												
偶者	フリ	ガナ				障害者との 続柄	生年月日		年	月	日	性別	男・女	
扶養	氏	名					個人番号							
扶養義務	住	所					•							
者	フリ	ガナ				障害者との 続柄	生年月日		年	月	目	性別	男・女	
	氏	名					個人番号							
	住	所									-			
加	被保険世帯		氏 名				記号・番	号						
加入医療保険		<u>エ</u> 保険の	種別	後	朝・ 国	   保 ・ 国保	<u>l</u> 組合 ・ 全国(	建康保	 険協会	<ul> <li>健保約</li> </ul>	<u>組合</u> ・	 共済 ・	(	)
<u>療</u> 保			名 科	<u> </u>					資格取	2得年月日		年	月 日	
<u>除</u>	保険	者	所在地	ł <u>i</u>						附加給何	寸※ 1	有	· 無	
上記の	)者の障害	害者医療	景費助成に	こつし	って、下	記口座へ振	込みされるこ	とを承	諾します	<b>)</b>		<u> </u>		
振込希	命望金融榜	幾関名					口座番号 音	・通・	当座	口座名	義(フ	リガナ)		
			<u>銀行</u>		<u>本店</u>	<u>・支店</u>								
机押耳	事項※2		受 給	資	格 遃	i 否	適 •	否	(否の	)理由)				
人ご生司	F' R/N 4		受 給	1	番 番	号								

注) %10「附加給付」欄が「有」の場合は、勤務先から右側上欄に附加給付の証明を受けてください。 %20「処理事項」欄は、記入する必要がありません。

#### 附加給付に関する証明

当該事業所については、左記助成対象者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

(給付規定等の内容)

- 1 なし
- 2 あり (給付規定の写し添付)

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

事業所名

(ET)

#### 所得に関する調書 Щ 円 総所得金額 社会保険料控除相当額 退職所得金額 雜損控除額 成 対象者の前年 控 山林所得金額 医療費控除額 土地等に係る事業所 除 小規模企業共済等掛金 得等の金額 控除額 額 長期譲渡所得金額 配偶者控除特別控除額 (又は全々年) 障害者控除額 短期讓渡所得金額 免 先物取引に係る雑所 寡婦控除・ひとり親 除 得等の金額 控除·勤労学生控除額 0) 事業所得に対する道府 額 所得 県民税の免除に相当す 計 (A) る額 計 (B) (A) (B) 円 控除後の所得額 = =うち同一生計配偶者のうち 人 助成対象者の同一生計配偶 70歳以上の者の数又は老人 者及び扶養親族の合計数 扶養親族の数 うち特定扶養親族の数

#### 所得に関する調書記入上の注意事項

1 助成対象者の前年(又は前々年)の所得額欄

前年(又は前々年)の所得のうち地方税法の総所得金額※1、退職所得金額、山林所得金額、土地に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第33条の4第1項若しくは第2項、第34条第1項、第34条の2第1項、第34条の3第1項、第35条第1項、第35条の2第1項、第35条の3第1項又は第36条の規定の適用がある場合には、その額を控除した額)及び先物取引に係る雑所得等の金額のそれぞれと合計額を書いてください。

※1 所得税法第28条第1項に規定する給与所得又は同法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得を有する場合には、同法第28条第2項の規定により計算した金額及び同法第35条第2項第1号の規定により計算した金額の合計額から10万円を控除して得た金額(当該金額が0を下回る場合には、0とする。)と同項第2号の規定により計算した金額とを合算した額を当該給与所得の金額及び同条第1項に規定する雑所得の金額の合計額として計算するものとする。

#### 2 控除額(免除額)欄

- (1) 「雑損控除」「医療費控除」「小規模企業共済等掛金控除」「配偶者特別控除」の欄には、 前年(又は前々年)の所得について、それぞれの控除額を書いてください。
- (2) 障害者控除額欄

障害者(特別障害者を除く。)である本人、同一生計配偶者及び扶養親族の合計数に270,000円を乗じた額を書いてください。

(3) 特別障害者控除額欄

特別障害者である本人、同一生計配偶者及び扶養親族の合計数に400,000円を乗じた額を書いてください。

(4) 寡婦控除・ひとり親控除・勤労学生控除額欄

本人が、地方税法に定める寡婦であるときは270,000円、ひとり親であるときは350,000円、勤労学生であるときは270,000円とし、その合計額を書いてください。

- (5) 事業所得に対する都道府県民税の免除額に相当する額欄
  - 肉用牛の売却による事業所得に対する都道府県民税の免除に該当した場合は、その免除相当額を書いてください。
- 3 保護者の同一生計配偶者及び扶養親族の合計数欄等

所得税法に定める同一生計配偶者及び扶養親族の合計数を書いてください。

なお、所得税法に定める同一生計配偶者のうち70歳以上の者、老人扶養親族又は特定扶養親族があるときは、それぞれの人数を内書きしてください。

## 別記37 (改正後)

様式第4号(第7条関係)

(表)

			障害	者医療費	費受給者証			
	受 給	者言	正番号					
受給	住	所						
者	氏	名					性別	
障害者	氏	名					性別	
者	生年	月日						
有	効 期	間						
発及	行 び	者印						
交	付 年 月	月日						

#### 注 意 事 項

- 1 診療を受けるときは、病院窓口に本証を提示し、次のとおり助成申請書を提出してください。
  - ○個人病院・院外薬局・・・1か月に1枚
  - ○総合病院・・・各診療科ごとに1か月に1枚

同月に入院と外来が重なったときはそれぞれ1枚ずつ提出

- 2 助成される金額は、保険診療による自己負担額です。ただし、高額療養費及び高額介護合算療養費の支給並びに附加給付の額を控除し、入院時食事療養費及び入院時生活療養費を除いて助成します。助成金が支給されるのは、おおむね3~4か月後になります。
- 3 県外等で診療を受けた場合は、病院記入欄に証明を受けた助成申請書を本人が直接本町に提出してください。助成申請書の証明をもらえないときは、診療点数の記入がある領収書を助成申請書に添付して提出してください。
- 4 次のときは必ず届出をしてください。
  - ○住所・振込口座・健康保険・氏名を変更したとき。
  - ○生活保護による医療保護を受けるようになったとき。
- 5 有効期間内に助成申請書が足りなくなったときには、本証を に 持参して、交付を受けてください。
- 6 有効期限を過ぎたときは使用できませんので、十分にご注意ください。なお、受給者の状況について必要な調査を行うことにより、受給資格の登録の内容に変更がないと認めたときは、自動更新となります。
- 7 本証を破損又は紛失したときは再交付を受けてください。
- 8 受給の資格がなくなったときは速やかに返納してください。

お問い合わせ先

柴田町役場 電話 一

## 別記38 (改正前)

様式第4号(第7条関係)

(表)

	障害者医療費受給者証											
	受 給	者 証	E 番	号								
受給	住	所										
者	氏	名							性別			
障害者	氏	名							性別			
者	生 年 月	日										
有	効 期	間										
発 及	行 び	者印										
交(	寸 年 月	日										

#### 注 意 事 項

- 1 診療を受けるときは、病院窓口に<u>健康保険証と一緒に</u>本証を提示し、次のとおり助成申請書を提出してください。
  - ○個人病院・院外薬局・・・1か月に1枚
  - ○総合病院・・・各診療科ごとに1か月に1枚

同月に入院と外来が重なったときはそれぞれ1枚ずつ提出

- 2 助成される金額は、保険診療による自己負担額です。ただし、高額療養費及び高額介 護合算療養費の支給並びに附加給付の額を控除し、入院時食事療養費及び入院時生活療 養費を除いて助成します。助成金が支給されるのは、おおむね3~4か月後になります。
- 3 県外等で診療を受けた場合は、病院記入欄に証明を受けた助成申請書を本人が直接本町に提出してください。助成申請書の証明をもらえないときは、診療点数の記入がある領収書を助成申請書に添付して提出してください。
- 4 次のときは必ず届出をしてください。
  - ○住所・振込口座・健康保険・氏名を変更したとき。
  - ○生活保護による医療保護を受けるようになったとき。
- 5 有効期間内に助成申請書が足りなくなったときには、本証を に 持参して、交付を受けてください。
- 6 有効期限を過ぎたときは使用できませんので、十分にご注意ください。なお、受給者 の状況について必要な調査を行うことにより、受給資格の登録の内容に変更がないと認 めたときは、自動更新となります。
- 7 本証を破損又は紛失したときは再交付を受けてください。
- 8 受給の資格がなくなったときは速やかに返納してください。

お問い合わせ先

柴田町役場 電話 一

### 別記39 (改正後)

様式第5号(第8条関係)

#### 障害者医療費受給資格内容等変更届出書

る同意する場	まの確認	等に関す 図(同意 Iを入れ )	##### 届出に係る障害 者及び扶養義務者等 より確認ができない	等の地方税に	関する情報を	を閲覧等する	こと	に同意	します	。ただし	
必	氏	名		障害者との 続柄	生年月日		年	月	П	性別	男・女
受給者	10	70			個人番号						
	住	所		(TEL	)	勤務先				(TEL	)
陪	受給	者番号		受給者との 続柄	生年月日		年	月	П	性別	男・女
障害者	氏	名			個人番号						
19	住	所									

#### 変更内容

	変	更	事由					
	区		分	新	旧	変更	年 月	日
受	給	者	フ リ ガ ナ 氏 名			年	月	日
			住 所					
障	害	者	フ リ ガ ナ 氏 名			年	月	日
174		D .	住 所			T	)1	Н
			記号 · 番号			年	月	日
健康	: 保 [	<u>険</u>	保 険 者 名			年	月	日
<u>连                                    </u>		<u>~</u>	被保険者名			年	月	目
			附加給付内容			年	月	日
			金融機関名					
			支 店 名					
П	<u> </u>	垄	預 金 種 別			年	月	日
			口座番号					
			フ リ ガ ナ ロ 座 名 義					

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届出します。

年 月 日

柴田町長 様

住 所 受給者

氏 名

### 別記4〇 (改正前)

様式第5号(第8条関係)

#### 障害者医療費受給資格内容等変更届出書

る同意 する場	意の確認	等に関す 図(同意 Iを入れ )	####################################	等の地方税に	関する情報を	を閲覧等する	こと	に同意	します	。ただし	
必	氏	名		障害者との 続柄	生年月日		年	月	日	性別	男・女
受給者	10	41			個人番号						
	住	所		(TEL	)	勤務先				(TEL	)
陪	受給	者番号		受給者との 続柄	生年月日		年	月	日	性別	男・女
障害者	氏	名			個人番号						
1	住	所									

#### 変更内容

	変変	更	事 由			
	区		分新阳	変 更	年月	日
受	給	者	フ リ ガ ナ 氏 名	年	月	日
		н	住 所		/1	H
障	害	者	フ リ ガ ナ 氏 名	— 年	月	目
I <del>P</del>	百	18	住所	4	Л	Н
			記号 • 番号	年	月	日
h⊓ 7	、医療係	ᆝ	保険者名	年	月	日
<u>//H / \</u>		<u> </u>	被保険者名	年	月	目
			附加給付內容	年	月	目
			金融機関名			
			支 店 名			
口		座	預 金 種 別	年	月	日
			口座番号			
			フ リ ガ ナ ロ 座 名 義			

上記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届出します。

年 月 日

柴田町長 様

住 所 受給者

氏 名

印

### 障害者医療費受給者証返納届出書

<u>受</u> 給	<u>受</u> 番	<u>給者証</u> <u>号</u>			<u>氏名</u>					<u>生</u> 年	<u> </u>	4	年	月	且
<u>稻</u> 者	<u>住</u>	<u>所</u>								<u>障害</u> の続	者と 柄				
章 章	<u> </u>	<u>名</u>								<u>生年</u>	月日	4	年	月	日
<u>害</u> 者	<u>住</u>	<u>所</u>													
	<u>1</u>	助成期	<u>阴間終了</u>	(終了E	<u>1 :</u>	<u>年</u>	E	月		<u>日</u>	<u>)</u>				
<u>返</u> 納	2			<u>(転出日</u> <u>(</u>	<u>1 :</u>	<u>有</u>	Ε	月		<u>日</u>	<u>)</u>				
の理由	3	<u>死</u>	<u>亡</u>	(死亡E	<u>1 :</u>	<u>年</u>	<u> </u>	月		<u>日</u>	<u>)</u>				
	4	<u>そ</u>	<u>の</u> 他	(							<u>)</u>				
	死	亡に伴し		<u>み)</u> .受給者∕ 込みされ					ある	障害	者医療	費助成	対につ	ついて	は、_
<u>備</u>		<u>金融機</u>	<u>機関名</u>				<u>銀行</u> 金庫	本店	· 支后	<u> </u>			_	<u>本店</u> 支店	
<u>考</u>		口座	種 別	<u>普</u>	·通 <u>·</u>	当座	<u>.</u>	<u> </u>	<b>座番</b> 号	미미					
		<u>フリ</u>	ガナ												-
		口座	名 義												

上記の障害者医療費助成受給者証を返納します。

柴田町長	<u>年</u> 殿	月 日	
	(受給者又は届出者	<u>住 所</u> )	
		<u>、</u> <u>氏 名</u> <u>(受給者との続柄:</u> <u>連絡先</u>	<u>)</u>

		<u> </u>	L巡州油田青	<u>†</u>		
	<u>氏 名</u>		生年月日	<u></u>	F 月	日
<u>受</u>	住 所			続柄		
<u>給</u>	加入保険					
者	<u>記号・番号</u>					
	保険者名					
<u>障</u> 害 者	<u>氏 名</u>		生年月日	<u>年</u>	F 月	且
者	住 所					
,_		1 助成期間終了				
返納の理由		<u>2</u> 転出(転出先				<u>)</u>
理由		3 死亡				
<u>ш</u>		<u>4</u> その他(				<u>)</u>
<u>備</u> 考						
<u>.,</u>						

上記の障害者医療費助成受給者証を返納します。

年 月 日

柴田町長 殿

<u>住 所</u> <u>氏 名</u>

<u>(1)</u>

		障 害:	者医療費	費 助	<b>,成</b>	申	請	書					
<u>柴田町長</u> (あ	て)												
									<u>申請</u> 日	<u>1</u>	<u>年</u>	月	日
●障害者医療費の助け	或を!	以下のとおり申請	<u>iします。</u>										
受給者住所					受	給	者	氏	名				
受給者証番号					<u>障</u>	害	者	氏	<u>名</u>				
(6桁)					障:			年月		<u>年</u>		日	<u>生</u>
健康保険	健	1 社会保険等➡	社会保険等									どい。	
<u>(民族 床)失</u>	<u>健</u> 康	· 122 MNOC 13	(全国健康			しかに	、名	かも i	<u>に戦して</u>	くたさし	<b>\</b>		
	<u>保</u> 険	- th	・全国健康(								`		
<u>記号</u>		2柴田町国保	<u>• 健保組合</u>								<u>)                                    </u>		
	<u>の</u>		• 共済組合 — — — — —								<u>)                                    </u>		
番号	<u>種</u> 別	3後期高齢	• 国保組合								<u>)                                    </u>		
<u> </u>	<u>''''</u>		<u>・その他</u>	(名和	<u> </u>						<u>)                                    </u>		

### ▼以下の欄は、医療機関等で記入してください。

	診療年月				年	月診療分	<u>}</u>	
<u>外来</u> ·	・入院・調剤・訪問看護区分	<u>1</u> 外来(調剤含む)	2 .	入院	【日数	<u>日】</u>	3	<u>訪問看護</u>
<u>診療点数</u> .	医療機関・調剤 ➡	総診療点数 ( 本人負担額を右欄へ記入してくた	<u>点)</u> ごさい。	保険対象分の本人負担額等	額(保険対	†象分のみ) を療分がある	をご記入 る場合は、	-対する本人負担 、ください。 適用後の額をご 円)
<u>療</u> 養 の 給	※処方箋発行医療機関が 複数の場合は調剤点数内 訳を記載してください。 ➡			本人負担額			<u>↑</u>	
診 療 点 数 ・ 療養 の 給 付 等  ( 保 険 対 象 分 の み )	接骨・鍼・灸・マッサーシ <sup>*</sup> ➡	療養費の総費用 _( この欄に保険診療の総費用額を調本人負担額を右欄へ記入してくか。		等(必ずご記入てださい	額が含まれ	にいる場合 負担額、2	合は、公費	程医療の本人負担 負担医療の対象 気、公費法別番号
象  分	訪問看護療養費 ➡	回 <u>数</u> 総費用額 基本利用料	回 円 円	人ください。	<ul><li>·公費負担</li><li>·公費負担</li><li>·公費負担</li><li>·公費負担</li><li>·公費法別</li></ul>	医療の公費 医療の本人	負担額(	<u>点)</u> 円) 円) 番)
<u> </u>		本人負担額を右欄へ記入してくか	<u> ささい。</u>		!			
備考	<u>闌</u>	負担割合及び所得区分 (該当する区分を○で囲んでくだ さい。) ➡ 医療機関等のコート 番号	70歳未 <u>前期高</u> び後期高	冷者及	<u>負担割合</u> <u>区 分</u>	ţ	<u>i</u> 2	エ ・ オ 割 <u>・ 1割</u> 一般・低 I ・低 II
		(10 桁)	:	:				
		医療機関等の所在地名称電話番号						

整理番号

#### 様式第7号(第10条関係)

											<u>(国保</u> 運	<u> 合会行)</u>
					障害者医療	費助成申請	<u>書</u>					
									<u>:</u>	年	月	日
柴田町	長		<u>殿</u>									
	Į.	受給者		<u>听</u>								
			氏 :	名						<u> </u>		
<u>障害者</u>	医療	·費を、 <sup>-</sup>	下記のと	<u>:おり</u>	申請します。	<u> </u>						
 		<u>受</u>	給	者 番	号							
障害者	ي ا	氏 名			<u>(男・女)</u>					年	月	日生
<b>址</b> 伊 № <del>文</del> 등		記号		番号	<u>=</u>	<u>1</u> 社货	<u> </u>	2	国保		3 後期	儲楮
被保険者証	<u>L</u>		掌 別 ( 保険証(		者 名 「機関名)							
*		<u>診</u>	<u>療</u>	<u>年</u>	<u>月</u>					<u>年</u>	<u>月</u>	<u>診療</u>
		<u>診</u>	<u>療</u>	<u>×</u>	<u>分</u>	1 外来	2	<u>入院</u>	且		3 訪問	看護
	<u>診</u> 療		<u>療養の</u> [注	D給付 1 参照		<u>診療点数</u> [療養費(	の総書	<u>開</u>		1		<u>点</u> 円]_
診療点数	診療点数等		<u>訪問看</u> (保険対				数 用 <sup>紅</sup>					回円円
等及び医 療機関名					関する法律 人負担額	<u> </u>	<u> </u>					1.1
	<u> </u>				入してくださ その名称と支							<u>受給して</u>
	<u> 1</u>	<u> </u>		<u>医療</u>	<u>公費負担</u>	額	円	<u>É</u>	己負	担額	,	<u>円</u>
	<u>医</u> 療	<u> </u>	<u>:</u>									
	<u>医療機関</u>	<u>住</u> 所 名称									<u>(</u>	<u> </u>

\* 印欄は医療機関で記入してください。

\*印欄以外は、申請者がもれなく記入し、印鑑は必ず押してください。

<u>K 区 分</u>	
整理番号	

- <u>注1</u> 接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療養の給付等(療養費の総費用)欄に「保健診療の費用額」を記入してください。
- <u>注2</u> この用紙は、医療機関(総合病院については診療料)ごと、診療月ごとに1枚、医療機関に 提出してください。

### 別記45 (改正後)

様式第9号(第12条関係)

#### 障害者医療費受給者証再交付申請書

	氏	名		生年月日		年	Ē	月	日
受	住	所			続	柄			
給	加入	保険							
者	記号・番号								
	保険者名								
障害者	氏	名		生年月日		年	<u></u>	月	日
者	住	所							

上記の障害者医療費助成受給者証を き 損 したので再交付を申請します。

年 月 日

柴田町長 殿

住所受給者氏名

### 別記46(改正前)

様式第9号(第12条関係)

#### 障害者医療費受給者証再交付申請書

	氏	名		生年月日		年	Ē	月	日
受	住	所			続	柄			
給	加入	保険							
者	記号・番号								
	保険者名								
障害者	氏	名		生年月日		年	<u></u>	月	日
者	住	所							

上記の障害者医療費助成受給者証を き 損 したので再交付を申請します。

年 月 日

柴田町長 殿

住所受給者氏名

**(1)** 

## 別記47 (改正後)

別表(第9条関係)

1 一部負担金の減免に該当する場合

区分	貝担金の阆兄に該当する場合   減免の基準	減免割合等	申請期間	 摘要
第9条第1	1 震災、風水害、火災その他これらに類する	(略)	(略)	(略)
<del>ポンズポー</del> 号に該当す	災害により、被保険者等の所有に係る住宅、	(#47	(HI)	(HU)
<u>う</u> に終った   る場合	家財又はその他の財産について損害を受けた			
	金額(保険金、損害賠償金等により補填され			
	るべき金額を除く。以下「損害金額」とい			
	う。)が、住宅、家財又はその他の財産の価			
	格の10分の3以上である者で、前年中の地			
	方税法(昭和25年法律第226号。以下			
	「税法」という。)第292条第1項第13			
	号に規定する合計所得金額の同一世帯に属す			
	る被保険者等に係る合算額(以下「合算合計			
	所得金額」という。)が6,000,000			
	円以下である場合において、次の各号のいず			
	れかに該当するとき。			
	(1) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の5以上で、合算			
	合計所得金額が3,000,000円以下			
	であるとき。			
	(2) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の5以上で、合算			
	合計所得金額が4,500,000円以下			
	であるとき。			
	(3) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の5以上で、合算			
	合計所得金額が4,500,000円を超			
	えるとき。			
	(4) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の3以上10分の			
	5未満で、合算合計所得金額が3,00			
	0,000円以下であるとき。 (5) #字へ短ぎるのなる。字母フロスの			
	(5) 損害金額がその住宅、家財又はその (5) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の3以上10分の			
	5未満で、合算合計所得金額が4,50			
	0,000円以下であるとき。 (6) 損害金額がその住宅、家財又はその			
I	他の財産の価格の10分の3以上10分の			

	5 未満で、合算合計所得金額が4,50			
	0,000円を超えるとき。			
	(略)	(略)		
第9条第2	被保険者等が、干ばつ、冷害、凍霜害等によ	(略)	(略)	(略)
号に該当す	る農作物の不作、その他、これに類する理由に			
る場合	よって減収し、その損失額の合計額( <u>農業保険</u>			
	<u>法</u> (昭和22年法律第185号)によって支払			
	われるべき農作物共済金を控除した金額)が、			
	平年における当該農作物による収入額の10分			
	の3以上で、かつ、前年中の合算合計所得金額			
	が10,000,000円以下である場合(当			
	該合算合計所得金額のうち農業所得以外の所得			
	が 4, 000, 000円を超える場合を除			
	く。) において、次の各号のいずれかに該当す			
	るとき。			
	(1) 合算合計所得金額が3,000,0			
	00円以下であるとき。			
	(2) 合算合計所得金額が4,000,0			
	00円以下であるとき。			
	(3) 合算合計所得金額が5,500,0			
	00円以下であるとき。			
	(4) 合算合計所得金額が7,500,0			
	00円以下であるとき。			
	(5) 合算合計所得金額が7,500,0			
	00円を超えるとき。			
<u>第9条第3</u>	(略)	(略)	(略)	(略)
<u>号</u> に該当す				
る場合				
第9条第4	<b>第9条第1号から第3号まで</b> に掲げる事由に類	(略)	(略)	(略)
号に該当す	するものとして町長が特に認めるとき。			
る場合				

## 2 一部負担金の徴収猶予に該当する場合

区分	徴収猶予の基準	摘要
第 <b>9条各号</b> に該当する場合	(略)	(略)

## 別記48 (改正前)

別表(第9条関係)

1 一部負担金の減免に該当する場合

区分	₹担金の減光に政ヨッる物ロ   減免の基準	減免割合等	申請期間	摘要
第9条第1	1 震災、風水害、火災その他これらに類する	(略)	(略)	(略)
<u>項第1号</u> に	災害により、被保険者等の所有に係る住宅、			
該当する場	家財又はその他の財産について損害を受けた			
合	金額(保険金、損害賠償金等により <u>補てん</u> さ			
	れるべき金額を除く。以下「損害金額」とい			
	う。)が、住宅、家財又はその他の財産の価			
	格の10分の3以上である者で、前年中の地			
	方税法(昭和25年法律第226号。以下			
	「税法」という。)第292条第1項第13			
	号に規定する合計所得金額の同一世帯に属す			
	る被保険者等に係る合算額(以下「合算合計			
	所得金額」という。)が6,000,000			
	円以下である場合において、次の各号のいず			
	れかに該当するとき。			
	(1) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の5以上で、合算			
	合計所得金額が3,000,000円以下			
	であるとき。			
	(2) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の5以上で、合算			
	合計所得金額が4,500,000円以下			
	であるとき。			
	(3) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の5以上で、合算			
	合計所得金額が4,500,000円を超			
	えるとき。			
	(4) 損害金額がその住宅、家財又はその (4) (4) (5) (5) (6) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7) (7			
	他の財産の価格の10分の3以上10分の			
	5未満で、合算合計所得金額が3,00			
	0,000円以下であるとき。			
	(5) 損害金額がその住宅、家財又はその			
	他の財産の価格の10分の3以上10分の			
	5未満で、合算合計所得金額が4,50			
	0,000円以下であるとき。 (G) 提案を類がるの体字 字財刊けるの			
	(6) 損害金額がその住宅、家財又はその			
1	他の財産の価格の10分の3以上10分の			

	5未満で、合算合計所得金額が4,50			
	0,000円を超えるとき。			
	(略)	(略)		
第9条第1	被保険者等が、干ばつ、冷害、凍霜害等によ	(略)	(略)	(略)
<u>項第2号</u> に	る農作物の不作、その他、これに類する理由に			
該当する場	よって減収し、その損失額の合計額( <u>農業災害</u>			
合	補償法 (昭和22年法律第185号) によって			
	支払われるべき農作物共済金を控除した金額)			
	が、平年における当該農作物による収入額の1			
	0分の3以上で、かつ、前年中の合算合計所得			
	金額が10、000、000円以下である場合			
	(当該合算合計所得金額のうち農業所得以外の			
	所得が4,000,000円を超える場合を除			
	く。)において、次の各号のいずれかに該当す			
	るとき。			
	(1) 合算合計所得金額が3,000,0			
	00円以下であるとき。			
	(2) 合算合計所得金額が4,000,0			
	00円以下であるとき。			
	(3) 合算合計所得金額が5,500,0			
	00円以下であるとき。			
	(4) 合算合計所得金額が7,500,0			
	00円以下であるとき。			
	(5) 合算合計所得金額が7,500,0			
	00円を超えるとき。			
第9条第1	(略)	(略)	(略)	(略)
<u>項第3号</u> に				
該当する場				
合				
第9条第1	第9条第1項第1号から第3号までに掲げる事	(略)	(略)	(略)
<u>項第4号</u> に	由に類するものとして町長が特に認めるとき。			
該当する場				
合				

### 2 一部負担金の徴収猶予に該当する場合

区分	徴収猶予の基準	摘要
第9条第1項各号に該当する	(略)	(略)
場合		

## 別記49 (改正後)

様式第1号(第10条関係)

#### 国民健康保険一部負担金減免等申請書

健康保険	の記号	·番号													
療養の給付を受ける者の氏名															
療養の給付を受ける者の個人番号															
療養の給付を受ける者の生年月日					昭•	平	•	令		年		月		目	
世帯主との続柄															
傷病名				発症	<b>ラ</b> 又は負	傷症	手月	日			年		月		田
減 免 等	減免割	]合(	)	•	免	Ŗ	余	•	徴	収額	1 予				
減免等の		年	月		日から	)									
期間		年	月		日まて	\$ -									
申請事由															

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

申請者(世帯主)

住所

氏名

個人番号

電話番号

代理人

住所

氏名

電話番号

柴 田 町 長 殿

## 別記50 (改正前)

様式第1号(第10条関係)

#### 国民健康保険一部負担金減免等申請書

被保険者記	正の記号番号		
療養の給	付を受ける	者の氏名	
療養の給付	ナを受ける者σ	)個人番号	
療養の給付を受ける者の生年月日			<u>明・大・</u> 昭・平・令 年 月 日
世帯主との続柄			職業
傷病名			発病又は負傷年月日 年 月 日
減 免 等	減免割合(	)	· 免 除 · 徴収猶予
減免等の	年	三月	日から
期間	年	三 月	日まで
申請事由			

上記のとおり申請いたします。

年 月 日

申請者(世帯主)

住所

氏名

**ED** 

(EI)

個人番号

電話番号

代理人

住所

氏名

電話番号

柴 田 町 長 殿

### 別記51 (改正後)

様式第3号(第11条関係)

#### 国民健康保険一部負担金減免等証明書

健康保険	の記号番号							
世帯主の	住所							
世帯主の	)氏名							
療養の給	付を受ける	者の氏名						
療養の給付を受ける者の生年月日			昭•	平・令	年	月	日	
世帯主との	の続柄							
傷病名			発病又は負	傷年月日		年	月	日
減 免 等	減免割合(	)	• 免	除 •	徴収猶	予		
減免等の期間		手 月 手 月	日から 日まで					
申請事由								
上記のと	おり証明し	<b>きす。</b>						
	年	月	3					
柴 田 町 長								印

#### (注意事項)

- 1 療養の給付を受ける際、この証明書を当該保険医療機関に提出してください。
- 2 保険医療機関等は、この証明書記載の割合に相当する額を、次の算式により一部 負担金から差し引いた全額を徴収してください。
  - 一部負担金-(一部負担金×上記減額割合)=窓口で徴収すべき一部負担金額
- 3 保険医療機関等は、診療報酬請求書を提出する際、請求明細書に上記証明書の内容を記入してください。

### 別記52 (改正前)

様式第3号(第11条関係)

#### 国民健康保険一部負担金減免等証明書

<b>被保険者証</b> の記号番号									
世帯主の	住所								
世帯主の氏名									
療養の給	付を受	けるネ	者の氏	名					
療養の給付	ナ を 受け	る者の	生年月	日	<u>明・大・</u> 昭・平・令 年 月	日			
世帯主との続柄					職 業				
傷病名					発病又は負傷年月日 年 月	日			
減免等	減免割	]合(		)	· 免 除 · 徵収猶予				
減免等の期間		年 年		月月	, <u>-</u>				
申請事由									
上記のと	:おり証	明しま	す。						
	年		月	E	日				
					柴 田 町 長	印			

#### (注意事項)

- 1 療養の給付を受ける際、この証明書を当該保険医療機関に提出してください。
- 2 保険医療機関等は、この証明書記載の割合に相当する額を、次の算式により一部 負担金から差し引いた全額を徴収してください。
  - 一部負担金-(一部負担金×上記減額割合)=窓口で徴収すべき一部負担金額
- 3 保険医療機関等は、診療報酬請求書を提出する際、請求明細書に上記証明書の内容を記入してください。

## 別記53 (改正後)

様式第1号(第3条関係)

障害児通所給付費支給申請書兼 利用者負担額減額・免除等申請書											
柴區	田町長様										
次位	のとおり申請しま <sup>、</sup>	す。								_	
	フリガナ						申請年月日		年	月	日
申請	氏 名				生年月日	月日		年	月	F	3
		個人番号:				Δm σ)/ /I		, ,,	1 2 =		. 7. 7.
者	確認事項	所得状況について地方税法の規定に基づく課税台帳等により確認されることを承諾します。 〒									
	居住地	'			電話番号						
	フリガナ				生年月日		年	月	日		
	友給申請に係る 見 童 氏 名	個人番号			 続	柄					
	体障害者 帳 番 号	療育手帳 番 号			1		精神障害者保健 福祉手帳番号				
	<b>東保険</b> の記号及び	番号(※)	<u> </u>	l		保険者	名及び番号(※)				
※「 <u>健康保険</u> 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 入すること。									る場合記		
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			-							
	□居宅訪問型児童発達支援			=							
	□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、柴田町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。 申請者氏名											

主治	主治	医の氏	:名	医療機関名							
主治医(※)	所	在	地	〒 電紅巫児							
				電話番号							
申請す		<ul> <li>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。)</li> <li>1 生活保護受給世帯</li> <li>2 市町村民税非課税世帯に属する者</li> <li>3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者</li> </ul>									
る減免の種	る       □ II 多子軽減措置に関する認定         下記の区分の適用を申請します。       (あてはまるものに○をつける。)         免       1 第2子に該当する者         の       2 第3子以降に該当する者										
類	類 □ III 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 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。 ※ 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。										
			1	を確認できる書類を添付して申請すること。							
-	請書提			]申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)							
丑	7	名		申請者との関係							
住	:	所	Ŧ	電話番号							

## 別記54 (改正前)

様式第1号(第3条関係)

					支給申請書 ・ 免除等申請	• •					
柴日	田町長様										
次の	のとおり申請しまっ	す。				申請年月日		年	月	日	
	フリガナ					中明十万日		+	Л	Н	
申	氏 名	/H   4. H		<u>印</u>	生年月日		年	月		日	
請	確認事項	個人番号: 所得状況につ	いて地方税法	この規定に基	<u> </u> 基づく課税台	<u> </u> 帳等により確認	思される。	ことをフ	承諾し	 、ます。	D
者	居住地	〒				電話番号					
	フリガナ				生年月日	年	三 月	日			
	友給申請に係る 見 童 氏 名	個人番号:		続柄							
	体障害者 帳 番 号		療育手帳番 号		<b>!</b>	精神障害者仍福祉手帳番					
被保	<b> 険者証</b> の記号及び	が番号(※)			保険者	省名及び番号()	<b>*</b> )				
	「 <u>被保険者証</u> の記 <del>り</del> 入すること。	号及び番号」権	闌及び「保険	者名及び係	除者番号」	欄は、医療型	児童発達	を支援を	を申討	青する	場合
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							
		支援の種類	頁 ——————			申請に係る	る具体的	力容			
	□児童発達支援										
申請す	  □医療型児童発達	達支援									
申請する支援	□放課後等デイサ	ナービス									
100	  □居宅訪問型児童 	<b></b>									
	□保育所等訪問才	支援									
のア	章害児支援利用計 内容及び医師意見 入所施設の関係人	書の全部又は-									
申記	青者氏名	<u> </u>	<u>n</u>								

主治医	主治医の氏名	医療機関名									
医(※)	所 在 地	電話番号									
		电加田 7									
申請す	2 市町村民税非課税世帯に属する者         請       3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者         す										
る減免の種類	る       II 多子軽減措置に関する認定         下記の区分の適用を申請します。       (あてはまるものに○をつける。)         免       1 第2子に該当する者         の       第3子以降に該当する者										
類	類 □ III 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 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。 ※ 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。										
\ \ \ -	ずれも、事実関係	系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)									
丑	名	申請者との関係									
住	所	電話番号									

# 別記55 (改正後)

様式第4号(第5条関係)

	(—)			_	()					(三)						
		通所受給者証			障害児通	所給付費の給付決	<b></b> 快定内容		<u> </u> 	<b>デ児通所給付費の給付決</b>	定内容					
受	給者証番号								支援の種類							
通所給付決定保護者	居住地			支給量等					支給量等							
定保	フリガナ			給付決定期間	1	年 月 日から	年 月	日まで	支給決定期間	年 月 日から	年 月	日まで				
護者	氏名			支援の種類					支援の種類							
	生年月日	年	月日													
児童	フリガナ 氏名			支給量等					支給量等							
	生年月日	年	月 日	給付決定期	<u> </u>	年 月 日から	年 月	日まで	給付決定期間	年 月 日から	年 月	日まで				
3	で付年月日	年	月 日	1 ! !	特記事項欄 ・放課後等デイサービス指標該当 有・無				特記事項欄・放課後等デイサ	ービス指標該当 有・無	Ħ.					
	給市町村名 及び 印			子/備欄					予備欄							

(四) (五) 障害児相談支援給付費の支給内容 利用者負担に関する事項 年 月 日まで 支給期間 年 月 日から 負担上限 円 月額 指定相談支援事業所名 年 月 日まで 年 月 日から 適用期間 食事提供体制加算対象者 モニタリング期間 年 月 日から 年 月 日まで 適用期間 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 予備欄 利用者負担上限額管理事業所名 特記事項欄 ・第2子(第3子以降)軽減対象児童 予備欄

		(六)				
<u>番</u> 号	<u>障害児ù</u>	<u>通所支援</u> 事	業者記	記入欄		
	事業者及びその事業所の名称					
1	支援の内容契約支給量					
1	契 約 日		<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	当該契約支給量による 支援提供終了日		<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量					
	事業者及びその事業所の名称					
	支援の内容契約支給量					
2	契約日		年		日	
	当該契約支給量による 支援提供終了日		<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量					
	事業者及びその事業所の名称					
3	支援の内容 契約支給量					
=	契 約 日		<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	当該契約支給量による 支援提供終了日		<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量					

 $(\pm i)$ 

	(七)			
障害児道	通所支援	<b>事業者</b>	記入欄	
事業者及びその事業所の名称				
支援の内容契約支給量				
契約 日		<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>
当該契約支給量による 支援提供終了日		<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>
支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				
事業者及びその事業所の名称				
支援の内容契約支給量				
契 約 日		年	月	日
当該契約支給量による 支援提供終了日		<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>
支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				
事業者及びその事業所の名称				
支援の内容				
				·
		年		日
当該契約支給量による 支援提供終了日		<u>车</u>		<u>日</u>
支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				
	事事 支契型当支支終 事事 支契型当支 支終 事事 支契 契当支 支援 者 所 の 支 約 給 終 了 既 び の 内 給 に 了 中供 そ 名 内 給 に 了 中供 と 名 内 給 に 了 中供 と 名 内 給 に 了 中供 と 名 内 給 に 了 中 供 を 名 内 給 に 了 中 の 表 約 会 量 日 る 日 の 和 容 量 日 る 日 の 和 な 和 な 和 な 和 な 和 な 和 な 和 な 和 な 和 な 和	事	事業所のの本       支援のの方       支援のの方       支援のの方       支援のの方       支援提供をのの       事業所の方       支援提供をのの       大名の方       大	事業所の名称         支援の内容         契約支給量         契約支給量による支援提供終了月中の終了日までの既提供量         事業所の名称         支援提供終了月中の終了日本         事業所の名称         支援提供終了月中の終了日本         事業所の名称         支援投供をの既提供         支援提供終了月中の終了月中の         事業所の名称         支援提供終了月中の         事業所の名称         支援提供をのののののののののである。         支援提供をのののののののののののののののののののののののののののののののののののの

(八)

#### 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 指定障害児通所支援又は基準該当通所支援を受けようと するときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又
- は基準該当事業所に提示してください。 3 医療型児童発達支援を受けようとするときは、この証に 肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童

発達支援事業所に提示してください。

- 4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所 給付決定保護者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、指定障害児通所 支援等に要した費用(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、五面の 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、基準該当通所支援を受ける場 合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
- 5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付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。

(九)

#### 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、他の種類の障害児通所支援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。
- 8 この証の一、五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 給付決定期間内に、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児通所支援 については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。

# 別記56 (改正前)

様式第4号(第5条関係)

()	(二)	(三)						
通所受給者証	障害児通所給付費の給付決定内容	障害児通所給付費の給付決定内容						
受給者証番号	支援の種類	支援の種類						
通 所 給付 決 定 保 護 者	支給量等	支給量等						
定 フリガナ	給付決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで						
護者氏名	支援の種類	支援の種類						
生年月日     年 月 日       フリガナ     児       氏名	支給量等	支給量等						
生年月日 年 月 日	給付決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間 年月日から 年月日まで						
交付年月日 年 月 日	特記事項欄 ・放課後等デイサービス指標該当 有・無	特記事項欄 ・放課後等デイサービス指標該当 有・無						
支給市町村名 及び 印	予備欄	予備欄						

(四) (五) 障害児相談支援給付費の支給内容 利用者負担に関する事項 年 月 日まで 支給期間 年 月 日から 負担上限 月額 指定相談支援事業所名 年 月 日から 年 月 日まで 適用期間 食事提供体制加算対象者 モニタリング期間 年 月 日から 年 月 日まで 適用期間 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 予備欄 利用者負担上限額管理事業所名 特記事項欄 ・第2子(第3子以降)軽減対象児童 予備欄

		(六)			
<u>番</u> 号	<u>障害児</u> 道	<u>通所支援</u>	事業者証	2入欄	
	事業者及びその事業所の名称				
	支援の内容契約支給量				事業者確認印
<u>1</u>	契     利     又     和     里       契     約     日	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	当該契約支給量による 支援提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	事業者確認印
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				
	事業者及びその事業所の名称				
0	<u>支援の内容</u> 契約支給量				事業者確認印
<u>2</u>	契 約 日	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	当該契約支給量による 支援提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	且	事業者確認印
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				
	事業者及びその事業所の名称				
	支援の内容契約支給量				事業者確認印
<u>3</u>	契約     支給       契約     約	———— 年		日	
	当該契約支給量による 支援提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	事業者確認印
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				

円

 $(\pm i)$ 

		(七)			
番号	障害児	通所支援	事業者証	2入欄	
	事業者及びその事業所の名称				
4	支援の内容 契約支給量				事業者確認印
4	契約日	年	<u>月</u>	日	
	当該契約支給量による 支援提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	且	事業者確認印
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				
	事業者及びその事業所の名称				
5	<u>支援の内容</u> 契約支給量				事業者確認印
<u> </u>	契 約 日	年	月	日	
	当該契約支給量による 支援提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	且	事業者確認印
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				
	事業者及びその事業所の名称				
	支援の内容				事業者確認印
6	契約 支給 量				
=	契約 日	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	当該契約支給量による 支援提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	事業者確認印
	支援提供終了月中の 終了日までの既提供量				

(八)

#### 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 指定障害児通所支援又は基準該当通所支援を受けようと するときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又 は基準該当事業所に提示してください。
- 3 医療型児童発達支援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 肢体不自由児通所医療受給者証 を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してくだ さい。
- 4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所 給付決定保護者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、指定障害児通所 支援等に要した費用(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、五面の 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、基準該当通所支援を受ける場 合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
- 5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支 給を受けられませんので、給付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。

(九)

#### 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、他の種類の障害児通所支援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。
- 8 この証の一、五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 給付決定期間内に、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児通所支援 については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。

### 別記57(改正後)

様式第5号(第5条関係)

		肢体	本不自由児	見通所図	医療受給	者証			
公引	費負担者番号								
公图	費受給者番号								
	フリガナ		•		•	•			
通所給付決定保護者	居住地								
付決	フリガナ						生年月	日	
定保護	氏 名						年	月	目
者	健康保険の 記号及び番号					保険者名 及び番号			
賃	負担上限月額	肢体不自由リ療(食事療養			月額			円	
	適用期間	年	手 月	目	から	年	月	目	まで
:	交付年月日			年	月	日			
支	反給市町村名 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 医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。
- 3 肢体不自由児通所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。
- 4 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決定保護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 医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給決定期間を経過したときは、肢体 不自由児通所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、医療型児童発達支援に係る障害児通所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 給付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、給付決定期間内に、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。

### 別記58 (改正前)

様式第5号(第5条関係)

		肢体不	自由児	通所图	医療受給	者証			
公	費負担者番号								
公	費受給者番号								
	フリガナ		-			7			
通所給付決定保護者	居住地								
付決	フリガナ						生年月	目	
定保護	氏 名						年	月	目
者	被保険者証の 記号及び番号					保険者名 及び番号			
賃	負担上限月額	肢体不自由児通 療(食事療養を除			月額			円	
	適用期間	年	月	目	から	年	月	目	まで
:	交付年月日			年	月	日			
支	豆給市町村名 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 医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証<u>及び</u> 医療保険の被保険者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。
- 3 肢体不自由児通所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。
- 4 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決定保護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 医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給決定期間を経過したときは、肢体 不自由児通所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、医療型児童発達支援に係る障害児通所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 給付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、給付決定期間内に、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。

## 別記59 (改正後)

様式第6号(第6条関係)

			障害児通所給作 利用者負担額減										
柴日	田町長様												
次の	のとおり申請しま	す。				申請年月日	年		月	日			
	フリガナ					<u> 中雨半月日</u>	<del></del>	-	<u>月</u>	Н			
申	氏 名				E年月日		年	月	日				
請		個人番号	:										
者	確認事項		こついて地方税法の規	見定に基づ	く課税台	長等により確認され	れること	を承	諾しる	ます。			
	居住地	₸				電話番号							
	フリガナ			Н	三年月日	年	月	日					
	と給申請に係る ヨ												
	₹ 童 氏 名 <u></u> 体障害者	個人番号	:   療育手帳	彩	括 柄	精神障害者保健							
手	帳番号		番号		1	福祉手帳番号							
	<b>東保険</b> の記号及び		ᄪ포ᅩᅅᅠᄃᄱᇝᆉᄼᆉ	~ N/□ PA →		名及び番号(※)	*>+++	·	⇒+: 1_ :	7 10 0 3			
	「 <u>健康保険</u> の記号 <i>』</i> すること。	攻び番号」	欄及び「保険者名及	び保険者	番号」儞	は、医療型児童発	達文援	を申	請すん	る場合記			
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									
		支援の	種類		申請に係る具体的内容								
	□児童発達支援												
申請す	  □医療型児童発達	達支援											
申請する支援	□放課後等デイサ	ナービス											
122	  □居宅訪問型児童 	置発達支援											
	  □保育所等訪問3 	支援											
のP 児フ	内容及び医師意見	書の全部又	支援計画を作成する は一部を、柴田町か ことに同意します。										

主治医	主治医の氏名	医療機関名								
医(※)	所 在 地	電話番号								
		电加田 7								
申請す	下言 (あ 1 <u>2</u> ī	旦上限月額に関する認定 己の区分の適用を申請します。 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。) 生活保護受給世帯 市町村民税非課税世帯に属する者 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者								
る減免の種類	□ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者									
類	類 □ III 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 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。 ※ 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。									
\ \ \ -	ずれも、事実関係	系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)								
丑	名	申請者との関係								
住	所	電話番号								

### 別記60 (改正前)

様式第6号(第6条関係)

	障害児通所給付費支給変更申請書兼 利用者負担額減額・免除等変更申請書										
柴目	田町長様										
次の	のとおり申請しまっ	す。				申請年月日		年	月	日	ī
	フリガナ					中明十万口		+	<u> </u>	Н	
申	氏 名	/m   56. E		<u> </u>	生年月日		年	月		日	
請	確認事項	個人番号: 所得状況につ	いて地方税法	この規定に基	 基づく課税台	<u> </u> ・帳等により確認	思される。	ことをえ	承諾し		
者	居住地	T 電話番号									
	フリガナ				生年月日	年	三 月	日			
	支給申請に係る 見 童 氏 名	個人番号:			続 柄						
	体障害者 帳 番 号		療育手帳 番 号			精神障害者係 福祉手帳番					
	- <u>R B プ</u> の記号及て	が番号(※)	ш		保険者	省名及び番号()					
	「 <mark>被保険者証</mark> の記 <sup>り</sup> 入すること。	号及び番号」構	闌及び「保険	者名及び得	· 除者番号」	欄は、医療型	児童発達	幸支援?	を申記	青する	場合
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							
		支援の種類	頁 ————————————————————————————————————		1	申請に係る	る具体的	内容			
	□児童発達支援										
申請士	  □医療型児童発達	達支援									
申請する支援	□放課後等デイサ	ナービス									
1/2	□居宅訪問型児童	<b></b>									
	□保育所等訪問支援										
のド	章害児支援利用計 内容及び医師意見 入所施設の関係人	書の全部又は-	一部を、柴田	町から指定							
申請	情者氏名	<u> </u>	<u>n</u>								

主治医	主治医の氏名	医療機関名								
医(※)	所 在 地	電話番号								
		电加田 7								
申請す	下言 (あ 1 <u>2</u> ī	旦上限月額に関する認定 己の区分の適用を申請します。 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。) 生活保護受給世帯 市町村民税非課税世帯に属する者 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者								
る減免の種類	□ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者									
類	類 □ III 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 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。 ※ 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。									
\ \ \ -	ずれも、事実関係	系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)								
丑	名	申請者との関係								
住	所	電話番号								

様式第9号(第9条関係)

		申請内容	容変更届出	<b>書</b>				
柴田町長	様							
						年	月	日
W. 6. 1. 10.10 #5			1_					
	更がありましたので 系る内容変更の確認		· -	戦員が申請	青者及び同居	居家族(	の住民情	青報る
閲覧することに「	司意します。							
フリガナ				生年	年	月	日	
給付決定保護 氏名	者   			月日	+	Л	Н	
	₸			<u> </u>				
居住地								
				<u> </u>	官	話番-	号	
フリガナ	<b></b>			続柄				
給付決定に係 児童氏名	る 個人番号:			生年 月日	年	月	日	
儿里八石	個八番方:			/1 H				
届出書提出者	↑ □給付決定保護	者	□給付決	定保護者具	以外(下の欄	に記え	入)	
フリガナ				本人と				
氏 名				の関係				
住所	₸							
,— //,				電話番号	<del>;</del>			
		1						
	給付決定保護者に   関すること	①氏名	②居住地	③連絡先	ć			
変更事項 (該当に○を	利用者である児童	<ul><li>④氏名</li></ul>	⑤居住地	<ul><li>⑥連絡外</li></ul>	· ⑦保護者	針との:	続柄	
して下さい。)	に関すること							
	そ の 他							
	***							
	変更前							
変更内容								
	変更後							

様式第9号(第9条関係)

		申請内容変	変更届出記 きゅうしゅう かいしゅう かいかい かいかい かいかい アンデス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイス アイ	<b></b>				
柴田町長	様							
						年	月	日
	更がありましたの <sup>、</sup> 系る内容変更の確認		마구+ロ 기/ RZ		*************************************	1字长	の仕見ば	主共口 チ
また、中間にで 閲覧することに[		いと11 ナルめ、	門担当相	以貝が中胡	有及い門を	5豕灰(	が住民事	羊収で
フリガナ				生年				
給付決定保護			<u>卸</u>	月日	年	月	日	
氏名	□   個人番号: □   〒							
居住地	ľ							
冶 住 地					雪	<b>記話番</b> :	₽.	
フリガナ				続柄		1.000	<i>5</i>	
給付決定に係ん	z.			生年				
児童氏名	る   -   個人番号 :			月日	年	月	日	
届出書提出者	□給付決定保証	護者 [	]給付決2	定保護者以	以外(下の欄	に記え	人)	
フリガナ				本人と				
氏 名			<u>印</u>	の関係				
住所	₸							
				電話番号				
	·							
	給付決定保護者に	2 ①氏名 ②	居住地	③連絡先				
変更事項	関すること 利用者である児 <b>証</b>							
(該当に○をして下さい。)	に関すること	4氏名 ⑤	居住地	⑥連絡先	7保護者	針との;	続柄	
	そ の 他	<u>ti</u> ,						
	変更前							
変更内容								
及父门谷								
	変更後							

### 別記63 (改正後)

· 八	受給者証再交付申請	書			
柴田町長	様				
			年	月	日
ゴルサニュア	allo- a mediata de la			71	H
受給者証の再列	で付について申請します。				
受給者証	1 通所受給者証	受給者			
の種類	2 肢体不自由児通所医療受給者証	証番号			
フリガナ		<i>t</i>			
給付決定保護		生年 月日	年	月	日
氏名	個人番号:				
居住	地				
	.1.	電話番	号		
フ リ ガ 給付決定に係		続柄 生年			
	名 個人番号:	月日	年	月 	日
申請書提出者	□給付決定保護者(本人) □給付済	 央定保護者以	外(下の欄	に記入	)
フリガナ				· - #G> ·	,
氏 名		- 本人と の関係			
	<u> </u>				
住 所	·	電話番号			
		电前笛 ケ			
申請の理由	1 汚損 2 紛失 「具体的な状況	3	その他		
<u></u>		<u></u> を除く)			ノ

### 別記64 (改正前)

様式第10号(第10条関係)

	受給者証再交付申請	書			
柴田町長	様				
			年	月	日
受給者証の再為	で付について申請します。				
文和省皿♡行>					
受給者証の 種 類	<ul><li>1 通所受給者証</li><li>2 肢体不自由児通所医療受給者証</li></ul>	受給者 証番号			
1年 規	2	皿 田 万			
フリガナ		生年	F	П	н
給付決定保護 氏名	者 <u>印</u> 個人番号:	月日	年	月	日
	Ŧ	-			
居住	地	電話番	<del>\$</del> 号		
フリガ	ナ	続柄			
給付決定に係 児 童 氏	る 名 個人番号:	生年 月日	年	月	日
71 = 7	但   個八街 夕 .	/ <b>1</b> F			
申請書提出者	□給付決定保護者(本人) □給付約	央定保護者以 T	以外(下の欄	に記入	)
フリガナ		本人と			
氏 名	<u>印</u>	の関係			
住所	₸				
		電話番号			
申請の理由	1 汚損 2 紛失 「具体的な状況	3	その他		
	英仲町は朳孔				
※従前使用して	<u>し</u>  いた受給者証を添付すること。(紛失	· ・ を除く)			

様式第11号(第11条関係)

	特	序例障害児通所給 【 年		合申請書 分】			
柴田町長	殿	1 +	. д	); <b>]</b>		左	п
下記のとおり、	関係書類を添えて	て特例障害児通所	給付費の	支給を申請し	ます。	年	月
フリガナ				受	給者証	E 番号	
申請者氏名							
申請者生年月日	年	月 日		申請者個人番 児童個人番号			
居 住 地							
フリガナ 給付決定に係る 児童氏名			生年月日	年	月	日	続柄
特例障害児通	所給付費 請求額		1				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 氏 名		— Тип п/1//		申請者との関係			
住 所	Ŧ			電話番号			
上記に関するタ	寺例障害児通所給 <i>(</i>	寸費を下記の口座	に振り込ん	んで下さい。			
	銀行 信用金庫 信用組合	7	本店		2	当座	3 その他
座 振	農協	出	<b></b> 展所	<u> </u>	座番	号:	-
□ 込 = □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □ ・ □	機関コード 	店舗コード				:	:
依	 フリガナ			<u> </u>	: :	-	<u> </u>
欄	·····································						
(注意) 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	してくた	<b>ごさい。</b>	
市町村記入欄	11 13 2 4日 //4	1					
領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄			備考			

様式第11号(第11条関係)

	特	例障害児通所給 【 年		給申請言 月分】	<b></b>				
柴田町長	殿		- /	1771				丰	月月
下記のとおり、	関係書類を添えて	て特例障害児通所	給付費の	)支給を	申請し	ます。		+	月 F
フリガナ					受約	洽 者	証番	号	-
申請者氏名			<u>印</u>						
申請者生年月日	年	月 日		申請者個別			•	•	
居 住 地			<b>.</b>	1					
フリガナ 給付決定に係る	<u>-</u>		生年月日		年	月	日	_	続柄
児童氏名			7,7,1						
特例障害児通	所給付費 請求額							F	9
申請書提出者	□申請者本人	口由註本本人	N W (I	の捌ける	7 )				
フリガナ	□甲酮有平八	□申請者本人	<u> </u>	申請					
氏 名	_		<u>卸</u>	との関	係				
住 所	〒			電話番	号				
上記に関する	寺例障害児通所給付	付費を下記の口座	に振り込	込んで下る	さい。				
	銀行 信用金庫 信用組合	=	本店	目 1	普通	2	当座	3	その他
座 振	農協	出	張所	II.	П	座番	子 号		
				<del>-:</del>	: -	-	-	-	-
込   金剛	機関コード 	店舗コード			H				
込 依		店舗コード			H:		:		
込 依 頼 欄	<ul><li>機関コード</li><li>フリガナ</li><li></li></ul>	店舗コード			H				
込	フリガナ		ビス提供	<b>共証明書</b>					
込	フリガナ <b>空</b> 名 義 人		ビス提供	<b>共証明書</b> を				`.	
込	フリガナ 座 名 義 人 申請書に該当月分の		ビス提供	共証明書?				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
込 依 頼 (注意) この「	フリガナ		ビス提供	共証明書 <i>を</i>				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
込依頼欄口(注意)こので	フリガナ		ビス提供		を添付			``	
込依頼欄口(注意)こので	フリガナ		ビス提供		を添付			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	

### 別記67 (改正後)

様式第13号(第14条関係)

通所給	仕沖	完性	石口南	$\blacksquare$	由彗聿
	ハイン	XF 441	カルコカ	π	中丽吉

年 月 日

柴田町長 様

次のとおり児童福祉法第21条の5の11の規定による特例の適用を申請します。

	フリガラ	-	生	年	月	日		年	月	日
申請者	通所給付決定保護者氏		通彦	<b>「受給</b>	者証額	番号				
自	居住址	<u>t</u>		電	話番号	<u>1</u> .				
フ	リ ガ つ	-	生	年	月	日		年	月	日
	所給付決定しる 児 童 氏 ク		続			柄				
申	請 理 6	3								

#### 注

- 1 この申請は、次のような理由がある場合に限り行うことができます。
- (1) 震災、風水害、火災等の災害による住宅等の著しい損害
- (2) 生計中心者の死亡又は長期入院による収入の著しい減少
- (3) 事業等の休廃止、失業等による生計中心者の収入の著しい減少
- (4) 干ばつ等による農作物の不作、不漁等による生計中心者の収入の著しい減少
- 2 この申請書には、申請理由を確認できる書類及び受給者証を添付してください。

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		
氏	名			との関係		
住	所	T	電話	番号		

### 別記68 (改正前)

様式第13号(第14条関係)

<b>ハマ 一ピ // //</b>		(土 /ナハマ	-	<del>-+</del>
通所給	T /III / /		т	====
	いしょひ イト・	121 1/2/1 1191	$_{\rm T}$	n 🛮 💳

年 月 日

柴田町長様

次のとおり児童福祉法第21条の5の11の規定による特例の適用を申請します。

	フリ	ガ	ナ							生	年		月	日		年	:	月	日	
申請者	通所約 保 護							<u>印</u>	•	通序	f受;	給	者証	番号						
白	居	住	地	T	Ē						É	電話	活番-	号						
フ	IJ	ガ	ナ							生	年		月	日		年	:	月	日	
	所給付 る 児 i					 	 	 		続				柄						
申	請	理	田																	

#### 注

- 1 この申請は、次のような理由がある場合に限り行うことができます。
- (1) 震災、風水害、火災等の災害による住宅等の著しい損害
- (2) 生計中心者の死亡又は長期入院による収入の著しい減少
- (3) 事業等の休廃止、失業等による生計中心者の収入の著しい減少
- (4) 干ばつ等による農作物の不作、不漁等による生計中心者の収入の著しい減少
- 2 この申請書には、申請理由を確認できる書類及び受給者証を添付してください。

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	
氏	名		<u> </u>	との関係	
住	所	干	電話	番号	

### 別記69 (改正後)

様式第15号(第16条関係)

#### 高額障害児通所給付費支給申請書

柴田町長 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。

				E	申請年	月日					年	,	月		日
フリガナ				①障害	者自立	立支担	爰法	(D)	見童	福礼	止法(	3介	護信	呆険	法
申請者氏名				制	度	受	給者	<b></b>	番片	寻・:	被保	<b>険</b>	者証	番-	号
(給付決定保護者等 氏名)	個人番号:														
生年月日	年月	<b>目</b>													
土 千 万 百	十 九	) H													
	₸														
居 住 地					電話番	导号									
フリガナ				続	柄										
給付決定に 係る児童氏名	/m   ज. 🗆			生年	月日			年		月		日			
	個人番号:					由意	清に	核							
サービス利用月の世	帯における対象費用の	文払合計額					けに					年		月	分
サービス利用月の	申請者の対象費用のう	支払合計額				-	· 钊用					,		•	,,
<b>.</b> 氏	名	生年月	П	①障害	者自立	立支担	爱法	(D)	尼童	福礼	止法(	3介	護	呆険	法
同 支		工十71	Н	制	度	受	給者	計証	番片	<b>子・</b>	被係	険	者証	番-	号
世給			}												
帯 決    に <sub>上</sub>   個人番号:															
属定			-												
一世帯に属する他の 個人番号: 個人番号: 個人番号:															
他者															
0															
	する領収書を添付して	<u> </u> ください													
	一世帯の他の支給決定	=	分の申	請書を	併せて	て提出	出し	てく	くだ	ごさい	١,				

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	1 光/조조· A	
	信用組合	出張所	1 普通預金	
口座振替	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
依 頼 書			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(下の欄に訂	己入)	
フリガ	`ナ			申請者	
氏	名			との関係	
住	所	₸	F	電話番号	

### 別記70 (改正前)

様式第15号(第16条関係)

#### 高額障害児通所給付費支給申請書

柴田町長 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。

							Ħ	請年	月日	l				年		月		日
	フリガナ						<ol> <li>①障害</li> </ol>	者自立	立支	援法	(2)	児童	福祉	止法(	3/1	護	呆険	法
	請者氏名					······ 印	制力	度	受	給	者証	番-	<b>寻・</b> :	被係	険	者証	番-	号
氏名	決定保護者等)	個人番号:																
4	· /=:		/T:		п													
<u>±</u>	: 年月日		年	月	日													
_		₹					•											
居	计 住 地						ļ	電話番	주무.									
	フリガナ						続	柄	i ク 									
	 付決定に						-											
	る児童氏名	個人番号:					生年	月日			年		月		日			
サート	ズ利用月の世	帯における対	象費用	用の支	払合計額						- 係				-			٨\
サーロ	ごス利用月の	申請者の対象	東費用	の支持	払合計額				_	サー 利月	- ビ   月				年	•	月	分
	氏	kt			4.左口	<ul><li>①障害</li></ul>	者自立	l			児童	福祉	止法(	3/1	護	呆険	法	
同支		名			生年月	П	制	度	受	給	者証	番	号•∶	被保	険	者証	番-	号
世給																		
一世帯に属する他の給 決 定 障 害 老	個人番号:																	
属产																		
り厚る宝	個人番号:																	
他者																		
V 7 1	個人番号:																	
(注1		する領収書を	添付し	してく:	ださい。		<u> </u>		1	<u> </u>	<u> </u>		1	1	<u> </u>	1	<u> </u>	l
(注2	) 申請者と同	一世帯の他の	支給洗	中定障:	害者等全員	員分の申	請書を	併せて	て提	IJШ	て	くた	ごさい	١.				

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

	11111111111			
	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	* ** > \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	
	信用組合	出張所	1 普通預金	
口座振替	金融機関コード	店舗コード	2 当座預金	
依 頼 書			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(下の欄に言	己入)	
フリガナ				申請者	
氏 名			<u> </u>	との関係	
住 所		₸	ž Ī	電話番号	

## 別記71 (改正後)

様式第17号(第18条関係)

					障害児相談支援給付費	支給	中請	書				
柴	田町	長		柞	<b></b>							
次	のと	おり申	⋾請〕	ر م ر	ます。					年	月	目
	フ	リ	ガ ナ	- 		生	年月	月日		年	月	日
申請者	氏		名	1	個人番号:							
者	居	住	均	þ	I							
フ	<u> </u>	ガ		_		生.	年月	] 日	電話	番号 年	 月	日
申	請	にも	系る	·••	/m   15%	続		柄		· ·		
児 ※				-	個人番号: を添付してください。							
申	書言	 書 提	 出	<u> </u>	□申請者本人 □申請者本人以	J外(	 下の <sup>‡</sup>	間に訂	(人)			
フ							申	請	者			
氏			名	,				の関				
住			戸	ŕ	Ŧ			電話	番号			
Ì												

## 別記72 (改正前)

様式第17号(第18条関係)

					障害	児相談支援給付費	支給	申請	書					
	些日	日町長		<del>1</del>	様									
	/K P			1	197									
	ントナ ()	りとお	り由き	害门。	<b>キ</b> す						年	月	日	
	<u></u>		リガ		A 7 0		11.	F 1			h-			]
	申請者	氏		名	個人番号:	<u>印</u>	生生	年 月	Ħ		年	月	目	
;	者	居	住	地	〒									
										電話	香号			
	フ	IJ	ガ	ナ			生	年 月	日		年	月	目	-
	申 児	請 に 童	- 係 氏		個人番号:		続		柄					
	*	通所	受給和		を添付してくださV	<b>)</b> °								
Γ	申	請 書	 提 出	者	□申請者本人	□申請者本人以	J外( <sup>-</sup>	下の権		入)				1
-	フ	IJ	ガ	ナ				申	請	者				-
	氏			名		<u>卸</u>			丽 の 関					
	住			所	Ŧ			<u>I</u>	電話	番号				
L														J
Ī														
Ì														

## 別記73 (改正後)

様式第18号(第18条関係)

				障害児相談支援依頼	(変)	更) 扂	出	書						
	田町長		掛出し	ます。							年	J	1	日
									区	分	新規	見・変	で更	
届	フ 氏	リ ガ	ナ 名	個人番号:	生	年	月	日			年	月	ļ	3
届出者	居	住	地	Ŧ				信 E	<b>直話番</b>	号				
フ  届 児	リ リ 出り 童	ガ こ 係 氏	 ナーる 名	個人番号:	生続	年	月				年	月		3
障害	<b></b>	談支援	受を依	マ頼した指定特定相談支援事業所・打	旨定	障害	:児村	泪談	支援事	業所	名			
フ  事	リ  業	ガ  所	ナ 名											
住			所	₹				信目	<b>電話番</b>	号				
指知	官特定	相談支	<b>泛援事</b>	事業所・指定障害児相談支援事業所を	上変	更す	· るま	里由	(変更の	の場合	合に記載)			
変更	更年月	日		年 月 日										

## 別記74 (改正前)

様式第18号(第18条関係)

				障害児相談支援依頼	(変]	更)届	出書						
	田町長		掛出し	ます。						年	. ,	月	日
									区 分	新	規・変	変更	
届出者	フ 氏	リ ガ	ナ 名	<u>印</u> 個人番号:	生	年,	月日			年	月	F	∃
者	居	住	地	₸				電話	活番号				
フ  届 児	リ 出 ( 童	ガ こ 係 氏	ナ る 名	個人番号:	生続	年。	月 日 杯			年	月	F	3
障害	<b></b>	談支援	受を依	x頼した指定特定相談支援事業所・打	旨定	障害」	尼相語	炎支持	爰事業別	名			
フ 事	リ  業	ガ  所	ナ 名										
住			所	Ŧ				電話	番号				
指尔	<b>定特定</b>	相談支	灭援事	事業所・指定障害児相談支援事業所を	を変	更する	る理師	由(変	更の場	合に記載	)		
変見	更年月	日		年 月 日									

### 別記75 (改正後)

様式第1号(第2条、第13条、第14条、第18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

柴田町長 様

次	のとお	り申請しる	ます。						由舗	年月	⊐	/.	丰	月	日	
	フ!	リガナ							中明	十万			+	<u></u>	Н	
申	氏	名	<b>-</b>	号:				生年	三月日				年	月	E	3
請	確認事項 所得状況について地方税				税法の対	規定に基	もづく調	<b>R税台帳</b>	等によ	り確認さ	れるこ	とを	承諾し	ます。		
者	者															
	占	住地					電話番号									
	フリガナ					  - 生年	三月日			名	F	月	日			
支 i   児	支給申請に係る 児 童 氏 名 個人番号:					続	柄									
	体障害者 帳番号		1	療育手番	·帳 号				障害者 上手帳者				疾	病名		
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	号及び番号(	<b>*</b> )	ш	<u> </u>				<u>- , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,</u>		(*)		l l	I		
	障害基	礎年金1%	吸の受給の	_ の有無 (	(就労	継続支持	爱のサ	ービス	を申請	する者	作に限る	。)		有	•	無
*	健康保险	<b>倹</b> の記号及で			呆険者				は、療剤	<b> </b>	を申請す	る場合	記入	するこ	と。	
サ	<b>陪</b> 生	系福 祉	障害ラ	1 /2	・無	区分等	等 1 非該	2 2 3	4 5	6	有効 期間					
ビビ		ョ 佃 仁 サービス		<u>恥足</u> )サービス(	の種類	と内容等		<u> </u>			初间					
ス利																
用の	介 諸	養保 険	要介	護認定	1	・無	要介	護度	要支援	( )	・要介	[護]	L 2	2 3	4	5
状			利用中の	カサードス	の番粕	1. 由宏炫										
況	サー	- ビス	1.17/11 1 42	,, ,,,	Vノ1里規	と四谷寺										
況	サー	- ビス -	44711   *2													
況	サー 区分	- ビス 		ħ		これ谷寺 *スの種 	類	<b>姉空公</b>	> 仕弗		<u> </u>	申請に	- 係る	5 具体	的内邻	<del></del>
祝申	Í		介護給何	ザ 付費	トービ	えの種	類 訓	練等給				申請に	係る	る具体	的内尔	<del></del>
申	区分	□居	介護給付宅	ザ 付費 介	ーービ	`スの種     □就	類 訓 労	定	着 支	援助		申請に	<del></del> :係る	5具体	的内尔	<del></del>
況	区分	□居	介護給何	ザ 付費	ーービ	`スの種 □	類 訓 労	定		援助		申請に		5具体	的内尔	<u> </u>
申	区分 訪問系・	□居	介護給( 宅 度 訪	サ 付費 介 問 介	ーービ 護 : 護	`スの種   □就   □自	類 訓 労	定	着 支			申請に	子保る	る具体	的内容	卒
申	区 訪問系・その	□居□重□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	介護給f 宅 度 訪 行	付費 介 問 預 援	護護	`スの種	類 訓 労	定	着 支			申請に	係る	る具体	的内容	주 -
沿 申 請	区分訪問系・そ	□居 □重 月 □同 □行 □短	介護給付 宅	付費 介 問 形 援 人	ナービ 護 護 護 所	`スの種	類 訓 労	定	着 支							
沿 申 請	区 訪問系・その	□居 □重 月 □同 □行 □短	介護給f 宅 ぎ 訪 行 動 期	付費 介 問 形 援 人	ナービ 護 護 護 所	· スの種 一	類 訓	定差	着 支	助	1 2	(共同生	活援明	助 (グ/ スを申言	レープ は	たー 音に
況申請す	区 訪問系・その他	□居 □重 月 □同 □行 □短 □重度	介護給付 宅	付費 介 問 所 援 及 等包括	ナービ 護 護 護 丁 麦	*スの種   一就   □自	類 訓	定差生产	<b>音</b> 支 <b>接</b>	助	_	〈共同生	活援リンスを	助 ( グ/ ) ( グ ) で 申 記望する 『	レープル サるき 手ずる	トー 子に う種
況申請す	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 月 □同 □行 □短 □重度 □療	介護給(を) 方	付費円問接人包介	- 一 じ 護 護 護	*スの種   一就   □自	類 訓 労 立 訓 立 訓 立 訓 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	定 注 集 練 集 報 自	<ul><li>董 支</li><li>舌 援</li><li>機能訓</li><li>生 立 訓</li></ul>	助 (練) (練) (練)		< 共同生	活ビスを	助 (グ/ でをする で で で で で で で で で で で で で で で で で で で	レープは 青する君 事業所 <i>o</i> 手 事業所	ト - - - - - - - - - -
況 申 請 す る	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 月 □同 □行 □短 □重度 □療	介護給(を) 方	付費円問接人包介	- 一 じ 護 護 護	ブスの種       就自       自育宿	類 訓 労立 立訓 立訓 労 労 対 対 対 対 対 対 対 対 対 対 対 対 対 対 対 対 対	定生液(植物)(植物)(植物)(植物)(植物)(植物)(植物)(植物)(植物)(植物)	養支機能上立立立方支	助  練)  練    練		(共同のではます。) 生いのでは指すでいる。 はおいてはまずではない。 はおいてはまずではない。 はおいてはない。 はないではないではない。 はないではないではない。 はないではないではない。 はないではないではない。 はないではないではないではない。 はないではないではないではない。 はないではないではないではない。 はないではないではないではないではないではないではないではないではないではないで	活一、はス所同を担めています。	カス望活緩 がある がまず でする 助援 が が が が が が が が が が が が が が が が が が	ン青す事事 一プる表の でするが でする。 でする。 でする。 でする。 でする。 でする。 でする。 でする。	、 「一に種 日活用の
況 申 請 す る	区 訪問系・その他 日	□居 □重 月 □同 □行 □短 □重度 □療	介護給(を) 方	付費円問接人包介	- 一 じ 護 護 護	*スの種         就自         □目         □記         □日         □就         □	類	定生練(付金)	<ul><li> 支</li><li> 表</li><li> 後</li><li> 能</li><li> 活</li><li> 支</li><li> 成</li></ul>	助  練)  練 接  緩)		(共同生・人) のでは 指定する できます できます できます できます ままままままままままままままままままま	活一、よっス所、同などのでは、またのでは、またのでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ	カス望活爰 N 活排です。 がまず援指な一がまる助援では、 がままれています。 がままれています。 がままれています。 がままれています。 がままれています。 がままれています。 がままれています。 はいまれています。 はいままれていままままます。 はいまままままままままままままままままままままままままままままままままままま	レ青軍事 プるオの プるオの アラステラ アラステラ アラステラ アラステラ アラステラ アラステラ アラステラ アラステラステラ アラステラステラ アラステラステラステラ アラステラステラステラステラ アラステラステラステラステラステラステラステラステラステラステラステラステラステラ	一に種 日活用の等
況 申 請 す る	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 月 □同 □行 □短 □重度 □療	介護給(を) 方	付費円問接人包介	- 一 じ 護 護 護	ブスの種       就自       自自宿就就就	類	定生剂(植食)(植物)(食物)(食物)(食物)(食物)(食物)(食物)(食物)(食物)(食物)(食	着 支 援 機 生 立 庁 ( え 援 A A A A A A A A A A A A A A A A A A	助 (練練接設) (本型	1 2 二 数 中 接 西 另 の 盲	<ul><li>(共の) (共の) (指し) (指し) (指し) (計し) (計し) (計し) (計し) (計し) (計し) (計し) (計</li></ul>	活一、桐文の所同谷提否をはいた。	カス望活愛外 活排をの がます緩精な世では がまる助 援っしけい。	レ青軍事事と、事ない。 一寸な新所は、事はこ要ない。 では、一手を表して、 では、これで、 では、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで	、 香の・ E 刊 斤 事 を 事項
況 申 請 す る サ ー	区 訪問系・その他 日中活動系	□居□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	介護給	付費     問援援入包介介	・ 一	ブス       面       は       回       目       日	類	定生 練練型移接支統統	善 支援	助無練練援設型型	1、対中接番男の音	<ul><li>(共の)</li><li>(共の)</li><li>(指しず)</li><li>(指しず)</li><li>(指しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)</li><li>(計しず)<td>活一、同文の所同浴提否イ援ビ希生はまります。</td><td>カス望活爱外活排をの型 (をす援指型部援せけなる。 グ申る助 没ってけいました。 がある。</td><td>レ青軍事事と、事ない。 一寸な新所は、事はこ要ない。 では、一手を表して、 では、これで、 では、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで</td><td>、 香の・ E 刊 斤 事 を 事項</td></li></ul>	活一、同文の所同浴提否イ援ビ希生はまります。	カス望活爱外活排をの型 (をす援指型部援せけなる。 グ申る助 没ってけいました。 がある。	レ青軍事事と、事ない。 一寸な新所は、事はこ要ない。 では、一手を表して、 では、これで、 では、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで	、 香の・ E 刊 斤 事 を 事項
況 申 請 す る	区 訪問系・その他 日中	□居 □重 月 □同 □行 □短 □重度 □療	介護給	付費     問援援入包介介	・ 一	ブス       面       は       回       目       日	類	定生 練練型移接支統統	着 支 援 機 生 立 庁 ( え 援 A A A A A A A A A A A A A A A A A A	助無練練援設型型	1、対中接番男の音	(共)(十)(1)	活一、同文の所同浴提否イ援ビ希生はまります。	カス望活爱外活排をの型 (をす援指型部援せけなる。 グ申る助 没ってけいました。 がある。	レ青軍事事と、事ない。 一寸な新所は、事はこ要ない。 では、一手を表して、 では、これで、 では、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで	、 音の・ E 引 斤 事 を 事 で 種 日 活 用 の 等 希 項
況 申 請 す る サ ー	区 訪問系・その他 日中活動系 住	□居□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	介護給	付費     問援援入包介介	・ 一	ブス       面       は       回       目       日	類	定生 練練型移接支統統	善 支援	助無練練援設型型	1、対中接番男の音	(共)(十)(1)	活一、同文の所同浴提否イ援ビ希生はまります。	カス望活爱外活排をの型 (をす援指型部援せけなる。 グ申る助 没ってけいました。 がある。	レ青軍事事と、事ない。 一寸な新所は、事はこ要ない。 では、一手を表して、 では、これで、 では、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで、これで	、 香の・ E 刊 斤 事 を 事項

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、柴田町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。

	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									
	□ II 医療型個別減免に関する認定									
申	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。									
請す	〈20歳以上の方〉									
9 る	1. 療養介護利用者であること (年令 1. 療養介護利用者であること (年令 才)									
減	2. 市町村民税非課税世帯の者									
免の	□ 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									
種	減措置)									
類	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。									
	(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〉 〈20歳未満の方〉									
	1. 施設入所者であること(年令 才) 1. 施設入所者であること(年令 才)									
	2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者									
	│ □ 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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。									
	□ 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									

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。

申請者との関係

電話番号

□申請者本人以外(下の欄に記入)

※ 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。

□申請者本人

申請書提出者

名

所

₹

氏

住

医療機関名

(※) 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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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

電話番号

主治医

**%** 

主治医の氏名

所 在 地

Ŧ

院している者に限る。) を申請する場合記入すること。

□ I 負担上限月額に関する認定

### 別記76 (改正前)

様式第1号(第2条、第13条、第14条、第18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

柴田町長様

次	のとお	り申請し	ます。					由無左口	н	/T	<del>.</del>	п	П
	フ	リガナ						<u>申請年月</u>	<del>P</del>	年	-	<u>月</u>	日
申	氏	ź <u>ź ż ż ż z z z z z z</u> 名	·				生年	月日		4	丰	月	日
請	-		個人番		州七珆	法の規定に基	ベノ罪	1 4 4 転竿 に ト	りなおりく	・カスァ	したㅠ	* 世 1	 ± -}-
	確語	忍事項		元(C <sup>-</sup> )(「C.	地刀枕	伝の規定に基	- ノ 、	祝口阪寺によ	り作品で	1410 C	二 径 月	利用し	エ り 。 ————
者	居	住 地	₸					電話番	号				
	フリガナ						生生	5月日		年	:	月	日
支兒児	支給申請に係る 児 竜 氏 名 個人番号:			:号:			続	柄		1			
	′体障害者			療育手帳			精神	障害者保健			疾症	<b>岩</b> 夕	
	帳番号			番号	7			:手帳番号	/\•/\		1)(1)	7171	
被保		記号及び番号		 の右無 (b	上兴公平	続支援のサー		者名及び番号				有	· 無
*						祝文1友ジック 名及び保険者					記入		
サ		 系 福 祉	障害习	支援 有.		区分等 1 非該	2 3	4 5 6	有効 期間				
ービス		サービス		区分の認定 「					29J1HJ				
利用			要介	護認定	有・	無 要介語	隻度	要支援(	· 要∫	`護 1	2	3	4 5
の状況		獲保険 - ビス	利用中のサービスの種類と内容等										
	<u> </u>			#\_	ーレッフ	の種類							
申	区分		介護給何				東等給	 ·付費		申請に	係る	具体的	内内容
T		□居	宅	介	護		定 着						
請	訪問	□重 月	度 訪	問介	護	□自 立	生活	舌 援 助					
PH	系・	□同	行	援	護								
す	その	口行	動	援	護								
	他	□短□□ □ □ □ □ □	期空字之	入	所								
る			DH <del></del>	美妇 括 乜	7 / 挨								
9				等包括支 介		<u></u>	東(柞	<b>後能訓練)</b>		・ 共同生活 、) のサー			ープホー する者に
		□・塩 / □ 塩 / □ 生	<b>連舌石</b> 養 活	等包括文 <u>介</u> 介	援護護	□自立訓約 □自立訓約		幾能訓練) 生活訓練)	_	、) のサ- )いては、	-ビス 希望	を申請 する事	する者に 業所の種
₩	日中	□療	養	介	護	□自立訓絲	東(生			、) のサー いては、 頁(指定共 ロサービス	- ビス 希望 同生活 く支援	を申請 する事 舌援助事 型指定	する者に 業所の種 事業所・日 共同生活
サ	中	□療	養	介	護	□自立訓 組 □宿 泊 型 □就 労	東( <u>2</u> 見 自 移 ?	生活訓練) 立 訓 練 亍 支 援		、) のサー いては、 頁(指定共 ロサービス 登助事業所 !指定共	ビス望に大宝を記しています。	を申請 する 野指 型 部 援 当 世 り し し り し り り り り り り り り り り り り り り	する者に 業所・日 業所・日 共同生活 ビス利用 事業所の
サート	日中活動系	□療	養	介	護	□自立訓稿 □宿 泊 型 □就 労 □就労移行	東( <u>夕</u> <u>月</u> 移 移 支援	生活訓練) 立訓練 亍支援 (養成施設)		、) のサー いては、 i (指定共 i サービス 使助事業所 ! 指定共「 j) 及び入	ビ希生援外活動浴	を申請手援助事 哲援指定 一野 がままま ままま ままま ままま ままま ままま ままま ままま ままま ま	する者に 業所の種 事業所・日 共同生活 ビス利用
サー	中	□療	養	介	護	□自立訓稿 □宿泊型 □就労 □就労移行 □就労継	東 ( <sup>2</sup> )	生活訓練) 立訓練 方支援 (養成施設) 迂援A型	ユー 類 中接	、) のサー、 いい指し、 はサリリンの はサール はおりの はサール はおりの は は は は は は は り り の た は り り の た り り り り り り り り り り り り り り り り	・ビ希生法・ 司 浴供かる はまま できま できま できま できま でき は かん	をす援指サませ受ほが援指サ助又る必	す業業共ビ事はこ要る所所目の業権目活用の等希項にをなる事項
サーービ	中活動系 住	□ 生	養	介介	護	□自立訓稿 □宿 泊 型 □就 労 □就労移行	東(名)移支続表	生活訓練) 立 訓 練 方 支 援 (養成施設) 泛 援 A 型 泛 援 B 型	1、海中接番男の皇	、) のサー、 いい指し、 はサリリンの はサール はおりの はサール はおりの は は は は は は は り り の た は り り の た り り り り り り り り り り り り り り り り	・ビ希目支・ 目浴供かトス望活援外 活排をの型	をす話型部舌、世受ほ住申る援指サ援つけか居請事則定一助又る必の	する所所・共ビ事とはこれで、本業の・日本の・日本の・日本の・日本の・日本の・日本の・日本の・日本の・日本の・日本
1	中活動系 住 系	□焼	養活	介介	護護	□自立訓稿 □宿 泊 型 □就 労 □就労移行 □就労移発 □就労移発	東(名)移支続表	生活訓練) 立 訓 練 方 支 援 (養成施設) 泛 援 A 型 泛 援 B 型	1 2 2 類 中接	、)のサー、 いいでは、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は	・ビ希目支・ 目浴供かトス望活援外活排をの型	をす話型部舌、世受ほ住申る援指サ援つけか居請事則定一助又る必の	す業業共ビ事はこ要る所所目の業権目活用の等希項にをなる事項
1	中活動系 住	□ 生	養活	介介	護護	□自立訓稿 □宿 泊 型 □就 労 □就労移行 □就労移発 □就労移発	東(名)移支続表	生活訓練) 立 訓 練 方 支 援 (養成施設) 泛 援 A 型 泛 援 B 型	1 2 2 類 中接	、)のサー、 いいでは、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は、 は	・ビ希目支・ 目浴供かトス望活援外活排をの型	をす話型部舌、世受ほ住申る援指サ援つけか居請事則定一助又る必の	す業業共ビ事はこ要る所所目の業権目活用の等希項にをなる事項

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、柴田町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。

	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									
	□ II 医療型個別減免に関する認定									
申	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。									
請す	〈20歳以上の方〉									
9 る	1. 療養介護利用者であること (年令 1. 療養介護利用者であること (年令 才)									
減	2. 市町村民税非課税世帯の者									
免の	□ 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									
種	減措置)									
類	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。									
	(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〉 〈20歳未満の方〉									
	1. 施設入所者であること(年令 才) 1. 施設入所者であること(年令 才)									
	2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者									
	│ □ 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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。									
	□ 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									

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。

申請者との関係

電話番号

□申請者本人以外(下の欄に記入)

※ 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。

□申請者本人

申請書提出者

名

所

₹

氏

住

医療機関名

(※) 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及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用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

電話番号

主治医

**%** 

主治医の氏名

所 在 地

Ŧ

院している者に限る。) を申請する場合記入すること。

□ I 負担上限月額に関する認定

## 別記77 (改正後)

様式第5号(第5条関係)

(—)	( <u></u> )	(三)
障害福祉サービス受給者証	介護給付費の支給決定内容	サービス種別
受給者証番号	障害支援区分	
	認定有効期間 年月日から年月日まで	支給量等
支給 居住地	サービス種別	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで
支 給 居住地 決 定 害 ま フリガナ 者 氏 氏	+ 40 B M	サービス種別
告 フリガナ 者	支給量等	
	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給量等
生年月日     年月日       フリガナ	サービス種別	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで
氏名 董   生年月日	支給量等	
障害種別     1     2     3     5       交付年月日     年月日	支給決定期間 年 日 日から 年 日 日まで	<u> </u>
文刊 年 月 日	サービス種別	!
支給市町村名	支給量等	
及び印	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	<u> </u>
	予備欄	<b>:</b>
		<u> </u>

(五) (六) 訓練等給付費の支給決定内容 計画相談支援給付費の支給内容 利用者負担に関する事項 サービス種別 支給期間 年 月から 年 月まで 負担上限 月額 指定特定相談支援事業所名 支給量等 適用期間 年 月 日から 年 月 日まで モニタリング期間 食事提供体制加算対象者 支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで サービス種別 適用期間 年 月 日から 年 月 日まで 予備欄 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 支給量等 利用者負担上限額管理事業所名 特定障害者特別給付費の支給内容 支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで 施設入所支援 サービス種別 特記事項欄 支給額 円/日 支給量等 適用期間 年 月 目から 年 月 日まで 共同生活援助又は重度障害者等包括支援 年 月 日から 年 月 日まで 支給決定期間 支給額 円/月 予備欄 予備欄 適用期間 年 月 目から 年 月 日まで 予備欄

		(七)
番号	訪問系	サービス事業者記入欄
	事業者及びその事業所の名称	
1	サービス内容 契 約 支 給 量	
	契約 日	<u>年</u> <u>月</u> 旦
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	<u>年</u> 月 <u>日</u>
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供董	
	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
2	契約支給量	<u>月 時間 分</u>
	契約日	<u>年</u> 月 <u>日</u>
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	<u> </u>
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供童	
	事業者及びその 事業所の名称	
	サービス内容	
3	契約支給量	<u>月</u> <u>時間</u> <u>分</u>
	契約 日	<u>年</u> <u>月</u> 旦
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	<u>年</u> <u>月</u> <u>日</u>
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	

(八) 訪問系サービス事業者記入欄 事業者及びその 事業所の名称 サービス内容 契約支給量 約 日 <u>年</u> 月 当該契約支給量によるサービス提供終了日 <u>年</u> 月 日 事業者及びその 事業所の名称 サービス内容 5 契約支給量 <u>年</u> 月 且 当該契約支給量によるサービス提供終了日 年 月 且 サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 事業者及びその 事業所の名称 サービス内容 6 契約支給量 <u>年</u> 月 当該契約支給量によるサービス提供終了日 <u>年</u> 月 日

短期入所事業者実績記入欄 <u>月</u>累計 番 事業者及びその事業所の名称 <u>日</u> 数 <u>実施日</u> 年 月 日から 1 年 月 日まで 年 月 日から 2 年 月 日まで 年 月 日から 3 年 月 日まで 年 月 日から 4 年 月 日まで 年 月 日から 5 <u>年</u>月 日まで 年 月 日から 6 年 月 日まで 年 月 日から 7 年 月 日まで 年 月 日から 8 年 月 日まで 年 月 日から 9 年 月 日まで 年 月 日から <u>10</u> 年 月 日まで 年 月 日から 年 月 日まで

年 月

年 月

<u>12</u>

日から

日まで

(九)

<u>番</u>		自立訓練・就労移行 <u>継続支援事業者記入</u> 権	
	事業者及びその事業所の名称		
1	サービス内容       契約支給量(/月)       契約	年 月	<u>日</u> 日
		<u>年</u> 月 <u>年</u> 月	且
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量		
	事業者及びその事業所の名称		
2	サービス内容 契約支給量(/月)		 <u>日</u>
	契約 日	<u>年</u> <u>月</u>	<u>日</u>
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	<u>年</u> <u>月</u>	<u>日</u>
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
	事業者及びその 事業所の名称		
3	サービス内容 契約支給量(/月)		<u>日</u>
	契約 日	<u>年</u> 月	<u>日</u>
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	<u>年</u> 月	且
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

(十)

	(+	)		
	療養介護・非 施設入所支援	共同生活援助・ 事業者記入欄	_	
番号	<u>事業者及びその</u> 事業所の名称	<u>入所(</u> 退所(	居) 日 居) 日	
		<u>入所(居)日</u> <u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>
1		<u>退所(居)日</u> <u>年</u> 月	日	
		<u>入所(居)日</u> 年	月	且
2		<u>退所(居)日</u> 年	月	日
予備	欄			

(+ =)

 就労定着支援・自立生活援助事業者記入欄

 事業者及びその事業所の名称
 利用開始日利用終了日

 契約日
 年月日

 サービス提供終了日年月日
 年月日

 契約日年月日
 年月日

 セ月日
 サービス提供終了日

 年月日
 サービス提供終了日

 年月日
 サービス提供終了日

 年月日
 サービス提供終了日

予備欄

 $(+\Xi)$ 

#### 注章事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてくださ
- 2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス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、1 4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。

# 別記78 (改正前)

様式第5号(第5条関係)

(—)	( <u></u> )	(三)
障害福祉サービス受給者証	介護給付費の支給決定内容	サービス種別
受給者証番号	障害支援区分	
	認定有効期間 年月日から年月日まで	支給量等
支	サービス種別	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで
支 給 院 定 審 - フリガナ 	+ 40 B 40	サービス種別
學 フリガナ 者	支給量等	
	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	支給量等
生年月日     年 月 日       ロープリガナ	サービス種別	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで
児 氏名 <u>生年月日</u>	支給量等	
障害種別     1     2     3     5       交付年月日     年月日	支給沖完期間 年 日 日から 年 日 日まで	
文刊 中 月 日	サービス種別	
支給市町村名	支給量等	
及び印	支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	i
	予備欄	

(五) (六) 訓練等給付費の支給決定内容 計画相談支援給付費の支給内容 利用者負担に関する事項 サービス種別 支給期間 年 月から 年 月まで 負担上限 月額 指定特定相談支援事業所名 支給量等 適用期間 年 月 日から 年 月 日まで モニタリング期間 食事提供体制加算対象者 支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで サービス種別 適用期間 年 月 日から 年 月 日まで 予備欄 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 支給量等 利用者負担上限額管理事業所名 特定障害者特別給付費の支給内容 支給決定期間 年 月 日から 年 月 日まで 施設入所支援 サービス種別 特記事項欄 支給額 円/日 支給量等 適用期間 年 月 目から 年 月 日まで 共同生活援助又は重度障害者等包括支援 年 月 日から 年 月 日まで 支給決定期間 支給額 円/月 予備欄 予備欄 適用期間 年 月 目から 年 月 日まで 予備欄

		(+	<u>;</u> )		
番号	訪問系	サービ	ス事業	者記力	<u> </u>
	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	<u>月</u>	時間	<u>分</u>	
	契約 おり 日 当該契約支給量による	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	* * * * **
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>B</u>	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董				
	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
2	契約支給量	<u>月</u>	時間	<u>分</u>	
	契約 日	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	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				
	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
3	契約支給量	<u>月</u>	時間	<u>分</u>	
	契約 日	<u>年</u>	<u>月</u>	日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	<u>年</u>	<u>月</u>	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) 訪問系サービス事業者記入欄 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 約 日 <u>年</u> 月 日 当該契約支給量によるサービス提供終了日 <u>年</u> 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 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 <u>年</u> 月 日 当該契約支給量によるサービス提供終了日 <u>年</u> 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 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 約 日 <u>年</u> 月 日 当該契約支給量によるサービス提供終了日 <u>年</u> 月 旦 事業者確認印

短期入所事業者実績記入欄 <u>番</u>号 事業者及び <u>実施日</u> その事業所の名称 年 月 日から 1 年 月 日まで 年 月 日から 2 年 月 日まで 年 月 日から 3 年 月 日まで 年 月 日から 4 年 月 日まで 年 月 日から 5 年 月 日まで 年 月 日から 6 年 月 日まで 年 月 日から 7 年 月 日まで 年 月 日から 8 年 月 日まで 年 月 日から 9 年 月 日まで 年 月 日から <u>10</u> 年 月 日まで

年 月 日から 年 月 日まで 年 月

年 月

12

日から

日まで

(九)

<u>番</u>	生活介護・ 就労約			多多 記入欄	
5	事業者及びその 事業所の名称				
1	サービス内容 契約支給量(/月) 契約 日	 年	<u>月</u>	<u>目</u>	事業者確認印
	当該契約支給量による サービス提供終了日 サービス提供終了月中の 終了日までの既提供董	 <u>年</u>	<u>月</u>	且	事業者確認印
	事業者及びその 事業所の名称				
2	サービス内容       契約支給量(/月)       契約	 年	月	ш  ш	事業者確認印
	当該契約支給量による サービス提供終了日 サービス提供終了月中の 終了日までの既提供董	<u>年</u>	<u>月</u>	<u>日</u>	事業者確認印
	事業者及びその事業所の名称				
3	サービス内容       契約支給量(/月)       契約	 年	月	<u>目</u>	事業者確認印
	当該契約支給量による サービス提供終了月中の 終了日までの既提供董	 <u>工</u> 年	<u>月</u>	且	事業者確認印

(十)

		) 		
	施設入所支援	事業者記入欄	_	
番号	<u>事業者及びその</u> 事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日		<u>事業者</u> 確認印
		<u>入所(居)日</u> <u>年</u> 月	日	
1		<u>退所(居)日</u> 年 月	日	
		入所(居)日		
2		<u>年</u> 月 退所(居)日	日	
予備	100	<u>年</u> 月	<u>日</u>	

(+ =)

### 就労定着支援・自立生活援助 事業者記入欄

番号	<u>事業者及びその</u> 事業所の名称	利用開始日 利用終了日	事業者 確認印
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

 $(+\Xi)$ 

#### 注章事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてくださ
- 2 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又 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、 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、1 4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。

## 別記79 (改正後)

様式第6号(第6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) 支給変更申請書兼利用者負担額減額·免除等変更申請書

柴田町長 様

八	のとお	り申請し	ます。										
								申請年月	日	年	•	月	日
	フリ	リガナ											
申	rr*	<i>5</i>					生年月	日		左	Ē.	月	目
十	氏	名	個人都	昏号:						,	,		, .
請	確急	認事項		況について:	地方税法		基づく課税	台帳等によ	り確認さ	れること	・をす	承諾し き	 ます。
<b>⇒</b> ∠.	7年月	心于识				790721	- ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( ( (	H 1X 17 (- 0	· > PEPE C	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		1,44 0 0	
者	足	住 地	₹										
	/6	T 10						電話番	号				
	フリフ	ガナ											
去 3		ここ 係る					生年月	日		年		月	日
児児		氏系名	h	<b>尽是</b> ·			続	柄					
	<u>里</u> 体障害者		一回ノく在	■ 万・ 療育手帳	<b>E</b>			11/1   害者保健					
	帳番号			番号				帳番号			疾症	<b></b>	
健康	保険の記	号及び番号	(*)				保険者名	名及び番号	(*)				
				<u>」</u> つ有無(勍	<b>上</b> 公	古採の+				)		有	• 無
				欄及び「保隆							17.4	• • •	
*	(世界)本門	<u>♥</u> ツ記方及	障害	古 垺		が保険 <u>有</u> 分等 1			一有効	る場合記	<i>J</i> \\ 9	S − E	- 0
サ	陪生	手福 祉	区分の	/a •	無		≥ 3 4 該当		期間				
ービ		サービス		のサービスの	種粗レ内の		~ -		791163	II			
ス	医床	, ,	M-07.11 - 1 - 0		E 大块 C 「 1 仁	r <del>11</del>							
利用			<b>一</b>	護認定	有・無	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	)護度 要	(古怪 <i>(</i>	) .	>≓# 1	2	3	4 5
$\mathcal{O}$	介護	護保 険					醴及   安	支援(	) * 安川	`護 1		<u> </u>	4 0
状況	サー	- ビス	利用中华	のサービスの	種類と内容	等							
	_												
	ĺ	1				est item							
	•				ービスの					由語にも	<u> </u>	旦.休台	<b>为内</b> 宏
申	区分		介護給			司	川練等給付	費		申請に値	系る	具体的	内内容
申	区分	□居	介護給宅				練等給付  定 着	費 支 援		申請に係	系る	具体的	内内容
·	区分		宅	付費介	護□	司	定着			申請に係	系る 	具体的	内内容
申請	区分	□重	宅 度 訪	付費 介 問 介	護□	就労	定着	支 援		申請に依	<u></u> 系る	具体的	内内容
·	区分 訪問系·	□重	宅 度 訪 行	付費 介 問 援	護置	就労	定着	支 援		申請に係	系る	具体的	内内容
·	区分訪問系・その	□重 □同 □行	宅 度 訪 行 動	付費 介 問 援 援	護護護護	就労	定着	支 援		申請に値	系る <u></u>	具体的	内内容
請	区分訪問系・そ	□重 □同 □行 □短	宅 度 訪 行 動 期	付費 介 問 授 援 入	護護護	就労	定着	支 援					
請すす	区分訪問系・その	□重 □同 □行 □短 □重度	度 訪 行 動 期 障害者	付費 介 問 授 援 入 等包括支	護護護所援	就労宜立	定 着 生 活	支援助	*	<b>、</b> 共同生活	援助	(グル	ープホー
請	区分訪問系・その	□重 □同 □行 □短	宅 度 訪 行 動 期	付費 介 問 授 援 入	護護護所援	就労宜立	定着	支援助		(共同生活 )) のサー	援助ビス	(グルを申請	ープホー する者に
請すす	区分訪問系・その	□重 □同 □行 □短 □重度	度 訪 行 動 期 障害者	付費 介 問 授 援 入 等包括支	護護所援	就労宜立	定着生活	支援助	 	<ul><li>(共同生活) のサー</li><li>いては、</li><li>(指定共同</li></ul>	援ビス望る	(グル を申請 する事 5援助事	ープホー する者に 業所の種 エ業所・日
請する	区 訪問系・その他 日	□重 □同 □行 □短 □重度 □療	度 訪	付費 介 問 接 接 入 等包括支	護護護所援護	就労自立	定着生活生活	支援援助 制練)		<ul><li>(共同生活) のサー</li><li>いては、</li><li>(指定共同</li><li>「サービス</li></ul>	援ビ希里支援	(グル を申請事 活援助事 担指定	ー プ オ る る の 種 耳 業 所 ・ 日 共 に 共 二 ま 二 ま 二 ま 二 ま 二 ま 二 ま 二 ま 二 ま も ま ま ま ま
請すす	区 訪問系・その他 日中	□重 □同 □行 □短 □重度 □療	度 訪	付費 介 問 接 接 入 等包括支	護護護所援護護□□□	就労自立 自立 計 自立 計	定 着 生 活	支援		<ul><li>(共同生活) のサー</li><li>いては、</li><li>(指定共同</li></ul>	援ビ希司支・助ス望活援外	(をする)が できる できまる できまる できま	ー する で 業所・ を 手 業 同 生 活 に ま そ に き そ に き そ に き き に き に き き き き き き き
請する	区 訪問系・その他 日中活動	□重 □同 □行 □短 □重度 □療	度 訪	付費 介 問 接 接 入 等包括支	護護護所援護	就 労 立 自 立 泊 宿 就	定 着 生 活 里練 (機) 里練 (生) 型 自 立 移 行	支援助能訓練) [注] 東援	※4~舞中接型別	(共同生活ー、) いては は は は は は は は は は は は は は は は は ま に で に ま に だ に で に ま に ま に ま た ま た ま た ま ま ま ま ま ま ま ま ま	援ビ希司支・引谷、助ス望注援外活排	(をす話型部話せつ) では、一次 はまままでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これでは、これ	ーす業業共ビ事業で プる所所・生利所の・ 日本ででは、 は、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、 では、
請する	区 訪問系・その他 日中	□重 □同 □行 □短 □重度 □療	度 訪	付費 介 問 接 接 入 等包括支	護護護所援護	<ul><li>就 労 立</li><li>自 立 立 泊</li><li>京 前 前 労 務</li></ul>	定着 生活 (機) (集) (生) 型 自立 行支援(養	支援助能活訓練() 支成施設()	※ムつ舞中接型別の	(共)(共)同かけ(指)はサ事定び(指)大き(1)(2)(1)(2)(2)(3)(2)(4)(2)(5)(2)(6)(2)(7)(2)(8)(2)(8)(2)(8)(2)(8)(2)(9)(2)(1)(2)(2)(2)(3)(2)(4)(2)(5)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2)(6)(2	援ビ希司支・引谷供助ス望活援外活排を	(をす援型部長)世受が大きない。 (をすり) では、	一す業業共ビ事はこかる所所生利所事を一に種目活用の等系
請する	区 訪問系・その他 日中活動	□重 □同 □行 □短 □重度 □療	度 訪	付費 介 問 接 接 入 等包括支	護護護所援護置□□□□	就 労 立 自 自 宿 就 労 就 労 就 労 就 労 就 労 第	定着生活生活	支援助能活訓練() 支成版 A型	※ムっ舞中援型別の望	(共同生活ー、) いては は は は は は は は は は は は は は は は は ま に で に ま に だ に で に ま に ま に ま た ま た ま た ま ま ま ま ま ま ま ま ま	援ビ希司支・引谷供か助ス望活援外活排をの	(をす援型部話せ受ほが乗る場合では、) がいまま できま できま できま できま できま できま かいま できま できま できま できま できま できま できま できま かい こう かい	一す業業共ビ事はこ要プる所所生利所事を事でを事である。
請するサー	区 訪問系・その他 日中活動系	□重 □同 □行 □短 □重度 □療	度 訪	付費 介 問 接 接 入 等包括支	護護護所援護	就 自	定着生活 (機) (生) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人	支援助 維調練類 養成 A B 型型	※ムつ舞中接型別の望り	(共) 同のて指しまで は は は は は は は は は は は は は は は は は は は	援ビ希司支・引谷供かトーリン・関係を関する。	(をす援型部援せ受ほ住が申る助定しませい)の居	一す業業共ビ事はこ要プる所所生利所事を事でを事である。
請する	区 訪問系・その他 日中活動系 住	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度 訪	付費 介 問 接 接 入 等包括支	護護護所援護	就 自	定着生活生活	支援助 維調練類 養成 A B 型型	※ムつ舞中接型別の望り	(共)(共)同のて指します(ま)は世事定びのかま(サテる)(サテる)(サティー)	援ビ希司支・引谷供かトーリン・関係を関する。	(をす援型部援せ受ほ住が申る助定しませい)の居	一す業業共ビ事はこ要プる所所生利所事を事でを事である。
請するサー	区 訪問系・その他 日中活動系 住	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度     方       時     万       時     表       入     入	付費       月       月       長       入       方       方       方       方       方       支	護護護所援護護	就 自	定着生活 (機) (生) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人	支援助 維調練類 養成 A B 型型	※ムつ舞中接型別の望り	(共)(共)同のて指します(ま)は世事定びのかま(サテる)(サテる)(サティー)	援ビ希司支・引谷供かトーリン・関係を関する。	(をす援型部援せ受ほ住が申る助定しませい)の居	一す業業共ビ事はこ要プる所所生利所事を事でを事である。
請するサー	区 訪問系・その他 日中活動系 住 域	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度     方       時     一       日     日       日 </td <td>付費       介       問援       入包括       介</td> <td>護護護所援護護</td> <td>就 自</td> <td>定着生活 (機) (生) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人</td> <td>支援助 維調練類 養成 A B 型型</td> <td>※ムつ舞中接型別の望り</td> <td>(共)(共)同のて指します(ま)は世事定びのかま(サテる)(サテる)(サティー)</td> <td>援ビ希司支・引谷供かトーリン・関係を関する。</td> <td>(をす援型部援せ受ほ住が申る助定しませい)の居</td> <td>一す業業共ビ事はこ要プる所所生利所事を事でを事である。</td>	付費       介       問援       入包括       介	護護護所援護護	就 自	定着生活 (機) (生) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人	支援助 維調練類 養成 A B 型型	※ムつ舞中接型別の望り	(共)(共)同のて指します(ま)は世事定びのかま(サテる)(サテる)(サティー)	援ビ希司支・引谷供かトーリン・関係を関する。	(をす援型部援せ受ほ住が申る助定しませい)の居	一す業業共ビ事はこ要プる所所生利所事を事でを事である。
請するサービ	区 訪問系・その他 日中活動系 住	□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□	度       6       7       8       7       8       8       7       8 <td>付費     月       介     月       接援     入包介介       方     支       支     技</td> <td>護護護所援護護</td> <td>就 自</td> <td>定着生活 (機) (生) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人</td> <td>支援助 維調練類 養成 A B 型型</td> <td>※ムつ舞中接型別の望り</td> <td>(共)(共)同のて指します(ま)は世事定びのかま(サテる)(サテる)(サティー)</td> <td>援ビ希司支・引谷供かトーリン・関係を関する。</td> <td>(をす援型部援せ受ほ住が申る助定しませい)の居</td> <td>一す業業共ビ事はこ要プる所所生利所事を事でを事である。</td>	付費     月       介     月       接援     入包介介       方     支       支     技	護護護所援護護	就 自	定着生活 (機) (生) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人) (人	支援助 維調練類 養成 A B 型型	※ムつ舞中接型別の望り	(共)(共)同のて指します(ま)は世事定びのかま(サテる)(サテる)(サティー)	援ビ希司支・引谷供かトーリン・関係を関する。	(をす援型部援せ受ほ住が申る助定しませい)の居	一す業業共ビ事はこ要プる所所生利所事を事でを事である。

- 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、柴田町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。

主治	主治	医の	氏名	医療機	関名	
主治医 (※)	=-	<del>- </del>	l II.	₸		
<u> </u>	所	在	地		電話番号	
(%	()主剂	台医の	)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	を受ける	ることを希望する場合及び日中サービス支持	援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する	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。)	にフ	、院して	ている者に限る。)を申請する場合記入する	<u> </u>	
		Ι		上限月額に関する認定		
				の区分の適用を申請します。		
				はまるものに○をつける。いずれにも当てに 	ままらない場合は空欄とすること。)	
			-	舌保護受給世帯		
		4		打村民税非課税世帯(※)に属する者		
				療養介護を利用する場合は、①又は②のある	-	
			(1)		2 世年金等の収入の合計額が80万円以下のもの	
				①以外のもの	未満、障害児:所得割 28 万円未満)に属する者	
申	П			7.付氏代味代世帝(障害年・別特割 10 カロオ 型個別減免に関する認定	N個、厚古允・別付到 20 刀口不個) (C属 y 公石	
請		п		主画が吸光に関する配足 Dいずれにもあてはまるため、医療型個別洞	<b>載免を申請します</b>	
す		O O 4			(20歳未満の方)	
る			最以上の を美心書	クカ/ 獲利用者であること(年令 才)	1. 療養介護利用者であること(年令	
減				要利用者であること(平立 オ) 民税非課税世帯の者	才)	
免						h-h-
Ø)					費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費	等
種		1	軽減措	≞ノ フレいずれにもあてはまるため、特定障害者物	<b>空間公付弗を中継しま</b> す	
類		( ¥:		象施設は、介護給付費の対象となる入所施設		
7.0			<u> </u>		* (20歳未満の方)	
	,			・27, 所者であること(年令 才)	1. 施設入所者であること(年令 才)	
				民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		
		IV	グルー	- プホーム入居者に対する特定障害者特別線	・ 合付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措品	晋)
					にはまるため、特定障害者特別給付費を申請します	
		V	生活的	呆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	
			生活的	呆護への移行予防措置(□自己負担減免措置	릴 □補足給付の特例措置)を申請します。	
		>	※ 福祉	业事務所が発行する境界層対象者証明書が必要	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。		
	h == -+-	<del>[</del>	k.			
4	申請書:	灰山石	∃	□申請者本人  □申請者本人以外(下の	N男 ( ⊂ 百亡ノヽ)	

申請者との関係

電話番号

氏

住

名

所

 $\equiv$ 

## 別記80 (改正前)

様式第6号(第6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) 支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

柴田町長 様

次	のとお	り甲請しる	<b>ミす。</b>					申請	年月日		年	:	月	日	
申	フ! 氏	リガナ 名	個人番	号:			生年	月日			左	丰	月	日	
請	確認	忍事項	所得状态	況について地	也方税法の	の規定に基	づく課	税台帳	等により	の確認さ	れること	とを承	(諾しる	ます。	
者	居	住 地	₹				_	電	話番号	<u>1.</u>					
	在	に係る	/ाचा । चर	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			, , ,			年		月	日		
	体障害者		10人番	療育手帳			精神	障害者				疾症	5名		
		•	(%)	一番 方					•	<b>%</b> )					
以不				<u> </u> の有無(就	労継続	支援のサー					)		 有	•	無
<b>※</b> 「												記入			2111
サービス			区分の	認定   年・	無	非該		4 5	6	有効 期間					
、利用の状況							<b>嬳</b> 度	要支援	<u>\$</u> ( )	・要介	護 1	2	3	4	5
	区分			-	-ビスの						由きた	玄ス	目休台	<b>加力</b> 茨	₹
申	区分			付費		訓絲					申請に何	系る。	具体的	内内容	3
申請	訪問		宅訪	付費 介 問 介	護□	訓紛就 労	定 着	章 支	援助		申請に値	系る:	具体的	内内容	3
·	訪問系・その	□重 度 □同 □行	宅	付費 介 問 援 援	護護護護	訓紛就 労	定 着	章 支			申請に作	系る: 	具体的	内内容	
請	訪問系・そ	□重 度 □同 □行 □短	宅 訪 行 動 期	付費 介 問 介 援 援 入	護	訓紛就 労	定 着	章 支		-					
請	訪問系・その	□重 度 □同 □行 □短	宅 訪 行 動 期	付費 介 問 介 援 援 入	護護護所援	就労自立	定着生活	<b></b> 支 括 援	助	 	- 共同生活 ) のサー	援助・ビス	(グルを申請	ープホする者	E
請する	訪問系・その他	□重 度 □同 □行 □短 □重度	宅	付費 介 問 所 援 接 入 等包括支	護 護 護 護 所 援 護	訓 就 労 自 立 自 立訓 自 立訓系	定着集(横東(	<ul><li> 支</li><li> 援</li><li> 機</li><li> 能</li><li> 訓</li><li> 計</li></ul>	助   練)   練)	- - - - - - - - - - - - - - - - - - -	共同生活 ) のサー いては、 i (指定共[	援ビ希望活生活	(グリング) (グリング) (グリング) (できる) できる できる できる できる できる できる できる できる できる しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅう しゅう	ープま子の ままがま しょう かんしょ まんしょ かいしょ しょう かいしゅ かいしゅ かいしゅ かいしゅ かいしゅ かいしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅ しゅうしゅう しゅうしゃ しゅうしゅう しゅう	一に種日
請すす	訪問系・その他日	□重 度 □同 □行 □短 □重度 □ □療	宅	付費 介 問 介 援 援 入 等包括支	護護護所援護	訓 就 労 自 立 自立訓 自立訓 宿 泊 型	定 着 ( 体 東 東 ( 生	· 支援 卷 :	助   練)   練)		共同生活) いてはまで サリカ は 大川 のでは 大川 で 大川 で 大川 本 大川 本 大川 本 大川 本 大川 本 大川 本	援いる記述を表する。	(をする)ができる。 (をする) (をする)ができる。 (をする) (をする	一寸業業共ビ事	一に種日活用の
請する	訪問系・その他	□重 度 □同 □行 □短 □重度 □ □療	宅	付費 介 問 介 援 援 入 等包括支	護護護所援護護	訓 就 労 自 立 自立訓 自立訓 宿 泊 型 就 労	定生 (付生) 移支	章 支援 能活 並 支成 が表現	練   練   接   接   接   E   E   E   E   E   E   E		共のでは世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界では、世界では、世界では、世界ではののでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、	援ビ希目支持を供いる。現代の大学には、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、またのでは、	(をす接型部長せ受が できる できません かい できま できま できま できま できま できま かいま できま できま できま できま しょう	一寸業業共ビ事はこプる所所同ス業食と	一に種日活用の等希
請する	訪問系・その他日	□重 度 □同 □行 □短 □重度 □ □療	宅	付費 介 問 介 援 援 入 等包括支	護 護 護 護 勝 援 護 護	計	定生 東東県移支続	管 支援 幾主立 一 養援 計訓訓支成 A	練   練   接   設 型	※ムつ類中援型別の望(	共)いには、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界では、世界では、世界では、世界では、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界の	援ビ希甲支・司俗供かト助ス望活援外活排をの型	(をす援型部援せ受ほ住が申る助定一リアる必の	一寸業業共ビ事はこ要プる所所同ス業食となっまるの・生利所事を事	一に種日活用の等希項
請する	訪問系・その他日	□ 重 度 □ □ □ □ □ □ □ □ 度 □ □ 重 度 □ □ 重 度 □ □ 重 度 □ □ □ □	宅	付費       前       提援       入包介介	護護護護所援護護	計	定生 (自) 接 支 続 続	章 麦 援		※ムつ類中援型別の望(	共)いには、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界では、世界では、世界では、世界では、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界のでは、世界の	援ビ希甲支・司俗供かト助ス望活援外活排をの型	(をす援型部援せ受ほ住が申る助定一リアる必の	一寸業業共ビ事はこ要プる所所同ス業食となっまるの・生利所事を事	一に種日活用の等希項
請するサー	訪問系・その他 日中活動系 住	□ 重 度 □ □ □ □ □ □ □ □ 度 □ □ 重 度 □ □ 重 度 □ □ 重 度 □ □ □ □	### ### ### ### ### ### ### ### ### #												

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、柴田町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。

主治	主治	医の	氏名	医療機	関名	
主治医 (※)	=-	<del>- </del>	l II.	₸		
<u> </u>	所	在	地		電話番号	
(%	()主剂	台医の	)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	を受ける	ることを希望する場合及び日中サービス支持	援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する	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。)	にフ	、院して	ている者に限る。)を申請する場合記入する	<u> </u>	
		Ι		上限月額に関する認定		
				の区分の適用を申請します。		
				はまるものに○をつける。いずれにも当てに 	ままらない場合は空欄とすること。)	
			-	舌保護受給世帯		
		4		打村民税非課税世帯(※)に属する者		
				療養介護を利用する場合は、①又は②のある	-	
			(1)		2 世年金等の収入の合計額が80万円以下のもの	
				①以外のもの	未満、障害児:所得割 28 万円未満)に属する者	
申	П			7.付氏代味代世帝(障害年・別特割 10 カロオ 型個別減免に関する認定	N個、厚古允・別付到 20 刀口不個) (C属 y 公石	
請		п		主画が吸光に関する配足 Dいずれにもあてはまるため、医療型個別洞	<b>載免を申請します</b>	
す		O O 4			(20歳未満の方)	
る			最以上の を美心書	クカ/ 獲利用者であること(年令 才)	1. 療養介護利用者であること(年令	
減				要利用者であること(平立 オ) 民税非課税世帯の者	才)	
免						h-h-
0)					費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費	等
種		1	軽減措	≞ノ フレいずれにもあてはまるため、特定障害者物	<b>空間公付弗を中継しま</b> す	
類		( ¥:		象施設は、介護給付費の対象となる入所施設		
7.0			<u> </u>		* (20歳未満の方)	
	,			・27, 所者であること(年令 才)	1. 施設入所者であること(年令 才)	
				民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		
		IV	グルー	- プホーム入居者に対する特定障害者特別線	・ 合付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措品	晋)
					にはまるため、特定障害者特別給付費を申請します	
		V	生活的	呆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	
			生活的	呆護への移行予防措置(□自己負担減免措置	릴 □補足給付の特例措置)を申請します。	
		>	※ 福祉	业事務所が発行する境界層対象者証明書が必要	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。		
	h == -+-	<del>[</del>	k.			
4	申請書:	灰山石	∃	□申請者本人  □申請者本人以外(下の	N男 ( ⊂ 百亡ノヽ)	

申請者との関係

電話番号

氏

住

名

所

 $\equiv$ 

**別記81** (改正後) 様式第10号(第9条、第21条関係)

		申請内容変更	<b>a</b> 出書			
柴田町長 様						
					年	月
v/						
	変更がありました <i>の</i> こ係る内容変更の码			ぶ由請者及び	同民	家族(
	をすることに同意し				1, 4,71	27(11)(
フリガナ			生年			
申請者(保護者氏	·) 名 個人番号:		月日	年	月	日
	₸					
居住地					·	
 フリガナ			続柄	電話	番号	
支給決定に係	<u></u> る					
児童氏	名 個人番号:		月日 月日	年	月	日
届出書提出者	□申請者本人	□中誌芝★ / ハ	以外(下の欄に記)	オ )		
一 田山音延山石 フリガナ	口中胡有本八	山中間有本八片	スクト (下の)欄(Cit.) 本人と			
氏 名			の関係			
住所	₸		•			
住 所			電話番号	크 <b>.</b>		
		1				
変更事項	支給(給付)決定障 害者等に関するこ と		也 ③連絡先			
(該当に○を	利用者である児童 に関すること	④氏名 ⑤居住 <sup>5</sup>	也 ⑥連絡先 ⑦	保護者との続材	丙	
	その他					
<b>並再</b> 4点	変更前					
変更内容	変更後					

様式第10号(第9条、第21条関係)

	申請内容変更届出書				
柴田町長 様					
			年	月	
			'	/1	
次のとおり変	変更がありましたので届け出ます。				
	ご係る内容変更の確認を行うため、町担当職員が申ります。	請者及び	同居	家族	0
	覧することに同意します。 ────────────────────────────────────				_
フリガナ	生年	年	月	日	
申請者(保護者氏	·)   <u>印</u>   月日   名   個人番号:	1	74		
	〒				_
居住地					
		電話	番号		_
フリガナ	続柄				_
支給決定に係 児 童 氏	生年	年	月	日	
	個人番号:				
届出書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)				_
フリガナ					_
氏 名					
	Ŧ				_
住 所	電話番号				
	电印留 7				_
	支給(給付)決定障				_
変更事項	害者等に関するこ   ①氏名 ②居住地 ③連絡先   と				
(該当に○を	利用者である児童 (4.5人名 (5.5人) (5.5人) (6.5人) (6.5\lambda)	者との続	丙		_
して下さい。)	に関すること	L C 42/1961	11		_
	その他				
	変更前				
変更内容					_
	変更後				
					_

# 別記83 (改正後)

様式第11号(第10条、第22条関係)

K- 47/0 I I I	受給者証	再交付申請	書				
柴田町長 柞	兼				年	E J	月 月
受給者証の再	<b>耳交付について申請します。</b>						
受給者証の 種 類	<ol> <li>障害福祉サービス受約</li> <li>地域相談支援受給者記</li> <li>療養介護医療受給者記</li> </ol>	正   受利	给者 番号				
フリガナ 支給(給付) 障害者(保護 氏	····· 決定 (養者) 名 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6 児 童 氏			生年月日		年	月	日
申請書提出者	□申請者本人 □申請者本 <i>〕</i>	人以外 (下の村	闇に記入)				
フリガナ 氏 名			本人との関係				
住 所	₸		電話番号				
	I						
申請の理由	1 汚損 2 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人 人	紛失		3 その	他		
	いた受給者証を添付すること。	(紛失を除く。	)				<u> </u>

## 別記84 (改正前)

様式第11号(第10条、第22条関係)

	受給者証再交付申請	書				
柴田町長 柞	兼			左	Ē,	月日
受給者証の再	<b>手交付について申請します。</b>					
受給者証の 種 類		給者 番号				
フリガナ 支給(給付); 障害者(保護 氏	央定 (者) 名 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6 児 童 氏		生年月日		年	月	Ħ
申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の	闇に記入)				
フリガナ 氏 名		本人との関係				
住所	₸	電話番号	<u> </u>			
申請の理由	1 汚損 2 紛失 「具体的な状況		3 ~ ~ 6	の他		
	〜 いた受給者証を添付すること。(紛失を除く。	, )				

## 別記85 (改正後)

様式第12号(第11条関係)

	(特例介護給	付費 特例訓練等 【 年	等給付費 月分】		申請	書			
柴田町長 様		<b>.</b> —	)				£		
下記のとおり、関	系書類を添えて(料	<del>,</del> 例介護給付費	特例訓	練等給何	付費)	の支	年 に給を申		月日と
フリガナ					受	給	者証	番	号
申請者氏名									
申 請 者 生 年 月 日		年 月	Ħ	申請者			<del>;</del> :		
居 住 地									
フ リ ガ ナ 支給決定に係る 障 害 児 氏 名			生年月日		年	,	月	3	続柄
特例介護給付費	特例訓練等給付費	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)	)			
氏 名				申請 との関					
住 所	T			電記	話番号	Ļ			
上記に関する(特例	企業終付费   特優	訓練等給付費) る	を下記 <i>a</i>	)口成に	·振り	37 Z	で下さ	L)	
П	銀行 信用金庫	本店支店	種					3	その他
座  振	信用組合 農協	支所 出張所			口	座	番 号		
込 金融機関	コード	店舗コード		:					
依			:	:		:	:	:	:
頼 フリン 欄 ロ									
		<u> </u>		- HH - 1. ).	\\ \tag{\chi}				
(注意) この申請	書に該当月分の領	以証及びサービ	ス提供記	上明書を	你何	「して	.くたさ	( \ <sub>0</sub>	
市町村記入欄		<b>I</b>							
領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄			備	考	•			

# 別記86 (改正前)

様式第12号(第11条関係)

	特例介護給付費 特例訓練等給付 【 年 月分	
柴田町長 様	上	
下記のとおり、関係書類	を添えて(特例介護給付費 特例詞	年 月 日 順線等給付費)の支給を申請します。
フリガナ		受給者証番号
申請者氏名	<u>印</u>	
申 請 者 生 年 月 日	年 月 日	申請者個人番号: 児童個人番号:
居住地		
フ リ ガ ナ 支給決定に係る 障 害 児 氏 名	生年月日	
特例介護給付費 特例記	練等給付費 請求額	円
申請書提出者 □申請	者本人 □申請者本人以外(-	「の堋」で言え)
フリガナ	4 年八 口中明4 年八以下(	
氏 名		-√申請者  との関係
T		
住所		電話番号
上記に関する(特例介護)	合付費 特例訓練等給付費)を下記	の口座に振り込んで下さい。
口信	銀行     本店       月金庫     支店	目 1 普通 2 当座 3 その他
座		
込 金融機関コー	店舗コード	
依		
頼 フリガナ 欄 ロ 麻 タ 美		
(注意) 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。
市町村記入欄		
	ビス提供 書確認欄	備  考

# 別記87 (改正後)

様式第 1 4 号(第 1 4 条関係)

柴田町長 様											
									年	月	
次のとおり変	ぎ更がありま	したの	で届け	出ます。							
また、申請は民情報を閲覧				うため、	町担	旦当職員	員が申	請者及び	同居	家族(	か
フリガナ		772.	3. 7 0								
申請者(保護者	 ) 呂   個人番号 :					生年 月日		年	月	日	
	Ŧ										
居住地											
フリボナ						電話番	<del>持</del>				_
フリガナ 支給決定に係	<u> </u>					続柄					
児童氏						生年 月日		年	月	日	
	個八番ヶ・										
届出書提出者	□申請者2	大人	□申診	青者本人以外	<b>/</b> (	下の欄に	記入)				
フリガナ 氏 名						本人 の関					
	〒										
住 所						電話	釆早				
						FERRI	田· 7				
水再丰活	支給(給付) 害者等に関す			②居住地	3)	連絡先					
変更事項 (該当に○を して下さい。)	と 利用者である に関すること	5児童	<ul><li>④氏名</li></ul>	⑤居住地	6)	連絡先	⑦保語	<b>養者との続</b> 権	ij		
	その	他									
	変更前										
変更内容											
	変更後										

別記88 (改正前) <sup>様式第14号(第14条関係)</sup>

	特定障害者特別給付費支持	給変更届出書			
柴田町長 様					
				年	月
次のとおりる	E更がありましたので届け出ます。				
	こ係る内容変更の確認を行うため、F	町担当職員が	申請者及び	同居	家族の
民情報を閲覧	亡することに同意します。				
フリガナ					
申請者(保護者	·)	生年   月日	年	月	日
氏	<sup>名</sup> 個人番号:				
D 0. W	₸				
居住地		a=∹1.亚. □			
フリガナ		電話番号			
支給決定に係	 5				
児童氏		生年     月日	年	月	日
	個人番号:				
届出書提出者	□申請者本人  □申請者本人以外	、(下の欄に記力	<b>(</b> )		
フリガナ		本人と			
氏 名		の関係			
住所	〒				
生 別		電話番号			
	支給(給付)決定障 害者等に関するこ ①氏名 ②居住地	③連絡先			
変更事項	٤				
(該当に○をして下さい。)	利用者である児童 ④氏名 ⑤居住地	⑥連絡先 ⑦(f)	保護者との続柄	§	
	その他				
	変更前				
亦由中央	···				
変更内容					
	変更後				
	l				

式第15号(5									
(特例:	特定障害者特別	_			_	爰給付	費)支約	給申請書	
柴田町長 様			年	月ゟ	<b>子】</b>				
宋田門文 塚								年	月
下記のとおり、関	関係書類を添えて(	特例特別	定障害	者特別	給付費	特例	列地域:	•	
給を申請します。					1				
フリガナ							受給者	首証番号	
申請者氏名									
申請者生年月日	年	月	日			者個人個人番			
居住地				•	<b>.</b>				_
フリガナ				生年		F	п	н	続柄
を給決定に係る 見童氏名				月日		年	月	日	
特例特定障害者	特別給付費 特例	地域相	談支援網	給付費	請求額	ĺ			Р
申請書提出者	□申請者本人	□申請者	本人以	外 (下0	)欄に記	入)			
フリガナ						<u>""</u> 請 者			
氏 名						関係			
	T						1		
住所					電話	番号			
					-ени	ш.у			
上記に関する特例	情定障害者特別給	対費 特	例地域	泪談支援	給付費	を下記	の口座に	こ振り込ん	で下さい。
口座	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店 支所	種目	1	普通	2 当座	3その他
振	農協			出張所		口	座	番号	
込 <u>金融税</u>	選関コード		甫コード	<u> </u>	:	:	:		
依					:	:	:		
押期	IJガナ  名 義 人								
(注意) この申請	情書に該当月分の領	買収証及で	バサービ	え提供記	正明書を	:添付し	てくだ	さい。	
市町村記入欄領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄					i ā	 考		
I	1	1							

式第15号(	第15条関係)				
 (特例	特定障害者特別	_			談支援給付費)支給申請書
			年	月分	<b>]</b>
柴田町長 様					年 月
下記のとおり、「	関係書類を添えて(	特例特質	定障害	者特別紹	公司
給を申請します。		(13 12 13 )	<b>C</b> IT II	H 14/34/	HILL TO THE WILLIAM TO SELECT
フリガナ					受給者証番号
申請者氏名				<u>卸</u>	
申請者生年					申請者個人番号:
月日	年	月	日		児童個人番号:
居住地					
フリガナ				生年	続柄
え 給決定に係る				月日	年 月 日
見童氏名					
特例特定障害者	特別給付費 特例	列地域相	談支援	給付費	請求額
申請書提出者	 □申請者本人	□申請者	本人以	外(下の	
フリガナ					- 申請者
氏 名					との関係
	Ŧ				
住 所					電話番号
					电向金 ク
上記に関する特例	列特定障害者特別網	合付費 特	例地域	相談支援	給付費を下記の口座に振り込んで下さい。
	銀行			本店	(FI) 4 #VZ 0 V/Hz 0.7 0.1/1
口 座	信用金庫 信用組合			支店   ラ	種目 1 普通 2 当座 3その他
振	農協			出張所	口 座 番 号
込 金融	機関コード	店舍	浦コート	ž.	
依					
	フリカ゛ナ				
欄口座	名義人				
 (注意) この申詞	 請書に該当月分の領	質収証及で		ごス提供証	E明書を添付してください。
市町村記入欄					
領収書確認欄	サービス提供				備  考
	証明書確認欄				
ı					

# 別記91 (改正後)

様式第17号(第19条関係)

()	(三)
地域相談又版相的其妙相的认定的母	一般相談支援事業者記載欄
地域相談支援の 種類	提供する       地域相談支援     事業所の名称       の種類
地域相談支援 給付量等	契約日       年月日       サービス提供終了日       年月日
# 地域相談支援給付 決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	契約日       年 月 旦
地域相談支援の   種類	<u>サービス提供終了日</u> <u>年 月 旦</u>
地域相談支援 給付量等	予備欄
地域相談支援給付 決定期間 年月日から 年月日まで	
	地域相談支援給付費の給付決定内容 地域相談支援の 種類 地域相談支援 給付量等 地域相談支援給付 決定期間 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・

## 別記91(改正後)

		(四	])		
計画相	目談支担	爱給付	寸費の支糸	合内容	
支給期間			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					

(五)

#### 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 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこ の証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
- 3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。
- 4 この証の一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。
- 5 給付決定期間内に、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
- また、給付決定期間内に、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。
- 6 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。

- 7 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。
- 8 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。
- 9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援 については、地域相談支援給付費の給付は受けられませ ん。

# 別記92 (改正前)

様式第17号(第19条関係)

(—)	(二)	(三)
地域相談支援受給者証	地域相談支援給付費の給付決定内容	一般相談支援事業者記載欄
受給者証番号	地域相談支援の 種類	提供する 地域相談支援 の種類     事業者及びその 事業所の名称     契約日 サービス提供終了日
也或 居住地 居住地	地域相談支援給付量等	契約日       年月日       サービス提供終了日       年月日
+	地域相談支援給付 決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三 三
央   フリガナ   E   章   氏名 事	地域相談支援の 種類	サービス提供終了日 <u>年</u> 月 <u>日</u>
生年月日     年月日       障害種別     1 2 3 5       交付年月日     年月日	地域相談支援 給付量等	予備欄
	地域相談支援給付 決定期間 年 月 日から 年 月 日まで	
支給市町村名 及び印	予備欄	

## 別記92 (改正前)

⇒1 <del></del> -1-	1 3/k -1-1:	₩ 4	)	\ <del>  .   .   .   .   .   .   .   .   .   </del>						
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					
指定特定相談支援	事業所	名								
モニタリング期間										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										
予備欄										

(五)

#### 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 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこ の証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
- 3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。
- 4 この証の一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。
- 5 給付決定期間内に、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
- また、給付決定期間内に、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。
- 6 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。

- 7 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。
- 8 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。
- 9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援 については、地域相談支援給付費の給付は受けられませ ん。

様式第18号(第23条関係)

	特例均	地域相談支援約 【 年			請書					
柴田町長 様			, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	•				<b>F</b>	П	
下記のとおり、	関係書類を添えて	特例地域相談	支援給付	費 の支約	給を申	■請しる	ます。	年	月	ļ
フリガナ				障害	福祉	サーコ	ビス	受給	者証番	号
申請者氏名				i i i				νΛ <del>-1</del> ν.	· · · · ·	1
申請者生年月日		年 月	日	地.	<b>ツ</b> 相	<b>談文</b> 1	友 <u>文</u>  : : :	稻百i 	証番号	<del>;</del> : : :
居住地				-	-	-	-		-	
フリガナ 支給決定に係る 児童氏名			生年月日		年	月		日	続	柄
	7 反接給付費 請求額								円	
申請書提出者 フリガナ 氏 名	□申請者本人	□申請者本人以	外(下の	欄に記入 - 申 請 - との「	者					
住所	T	ᄼᆚᆂᇰᄀᅁᇝᇊᅝ	t) ~ HT 10 \ 1	電話番						
上記に関する特別では、日本の関係を関する特別である。	例地域相談支援給 銀行 信用金庫 信用組合	付費を下記の口座	本店	をでする		<del></del> 普通	2	当座	3その	他
振	農協	+^4	出張所	<del>.</del>	П	座	番	: 号	-	
込	投機関コード フリカ・ナ	店舗コー			:		:			
18B	-/-/ 区名義人									
(注意) この申 市町村記入欄	請書に該当月分の	領収証及びサート	ごス提供証	明書を初	添けし	てくた	ごさい	<b>)</b> °		
領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄			備	孝	Ž.				

様式第18号(第23条関係)

	特例比	也域相談支援絲 【 年	計付費 3 月分		請書					
柴田町長 様								年	月	
下記のとおり、	関係書類を添えて物	寺例地域相談う	支援給付	費の支	を にんがっこう だい こうない こうない こうしん こうしん こうしん こうしん しゅうしん しゅう	申請し	ます。		Л	
フリガナ				障害	手福祉	ナー	ビス	受給	者証番	号
申請者氏名			<u>卸</u>			談支		給者	証番号	
申請者生年月日		年 月	月	:	: : : :			が日 7日 I : : : : : :	: : :	
居住地										
フリガナ 支給決定に係る 児童氏名			生年月日		年	月		日	続	丙
	I 区接給付費 請求額								円	
申請書提出者 フリガナ 氏 名	□申請者本人	□申請者本人以	外(下の	- 申 詩	入) 請 者 )関係					
住 所	T		t)	電話	-					
上記に関する特 口 座	例地域相談支援給付 銀行 信用金庫 信用金庫		本店 支店 表	んでト 重目	1	普通	2		3その(	他
振	機関コード	店舗コート	出張所		<u> П</u>	<u>座</u>	番:	<del>号</del>	:	
込 <u> </u>	フリカ゛ナ	/LIAM - 1		:			-	:		
<del>1</del> 418	·//// E 名 義 人									
(注意) この申 市町村記入欄	請書に該当月分の領		ごス提供証	 明書を		てくか	_ <u></u> ごさい	)°		
領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄			備	į -	考				
ı										

## 別記95 (改正後)

	計画相	目談支援給付費支給申請書	
柴田町長 梯			
次のとおり申	請します。		
		申請年月日    年	月 日
フリボ	<u> </u>		
フリガ	′		月 日
	石 個人番号:	<u> </u>	, h
請	Ŧ		
居住均	<u>t</u>		
		電話番号 	
フリガナ 申 請 に 係		生年月日 年	月 日
上 頭 (C ) 从 見 童 氏			
	,	,	
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	
氏 名		との関係	
	〒		
住 所			
		電話番号	

## 別記96 (改正前)

<u> </u>	- • • • • •	4 条関係)						
		計	·画相談支援給付費	支給甲請書				
柴田	町長 様							
次の	とおり申記	書します.						
,,,		,, 0				<b>F</b> -	П	
				申請年	-月日	年	月	日
	フリガナ							
			 <u>印</u>	生年月日		年	月	日
申 請 —	氏 名	個人番号:						
者		₹						
	居住地			<b></b>				
	フリガナ			電話	<b>当号</b>			
	シッパノ 青 に 係	 ス		生年月日		年	月	日
		~   名   個人番号 :		続柄				
		Τ						
	<b></b> 基提出者	□申請者本人	□申請者本人以外	(下の欄に	記入)			
	リガナ			申 請	者			
氏	名			との関	係			
		₹		-	-			
住	所							
				<b>電</b> き	括番号			

## 別記 0 7 ( ) ( ) ( ) ( ) ( )

	<b>9 /</b> ](欧亚) 521号(第2							
			淡支援依頼(変	更)届出	書			
粜	岩田町長 様							
次	のとおり届け	出します。						
				届出年	三月日	年 月		I
					区分	新	規・変	更
	フリガナ							
申	氏 名	個人番号:		生年月日		年	月	日
請者	居住地	Ŧ						
	古 住 地			Ę	電話番号			
	フリガナ 請 に 係 る			生年月日		年	月	日
児				続柄				
<b>∌</b> 1. ਜ	前担款士/每天/	大拓)无松之胜之担勢	(十位本光正力					
	回相談又接をN フリガナ	衣頼した指定特定相談	《又货争耒川名					
	事業所名							
		<del></del>						
1	住 所			<b>a</b> ⇒:	5番号			
				电前	1 田 万			
指定	三特定相談支持	爰事業所を変更する理	性由(変更の場合	に記載)				

変更年月日 年 月 日

## 別記0g (みで鈴)

計画相談支援依頼(変更)届出書         集田町長 様         次のとおり届け出します。       届出年月日 年 月 日 区分 新規・変         取ります       を作ります       年 月 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日 日									9 <b>8</b> ](欧』 21号(第	
次のとおり届け出します。     届出年月日 年 月 日       区分 新規・変       申 氏 名 個人番号:     印 生年月日 年 月       書 居 住 地     電話番号       フリガナ 申請 に 係 る 児 童 氏 名 個人番号:     生年月日 年 月       計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名 フリガナ 事業所名     続柄       中 産 所     中 月				書	更) 届出	<b>町相談支援依頼(変</b>				
届出年月日     年月日       区分     新規・変       日     上     上     上     年月日     年月       日     上     上     上     上     上       日     上     上     上     上     上       日     上     上     上     上     上       日     上     上     上     上     上       日     上     上     上     上     上       日     上     上     上     上     上       日     上     上     上     上     上       日     上     上     上     上     上       日     上     上     上     上     上     上       日     上 <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>様</td> <td>田町長 相</td> <td>粜</td>								様	田町長 相	粜
フリガナ							はします。	届け出	のとおり届	次
申     氏名     印     生年月日     年月       店住地     電話番号       フリガナ     中請に係る     生年月日     年月       申請に係る     焼柄       児童氏名     個人番号:       計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名       フリガナ     事業所名       住所		日	年 月	<b>平月日</b>	届出年					
申     氏名     個人番号:     年月       請者     〒       居住地     電話番号       フリガナ     生年月日     年月       申請に係る     提年月日     年月       児童氏名     続柄       計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名     フリガナ       事業所名     〒       住所     中	E	規・変更	新	区分						
申 氏 名     個人番号:       請者     〒       居住地     電話番号       フリガナ     生年月日     年 月       申請に係る     続柄       児童氏名     個人番号:       計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名       フリガナ     事業所名       住所     〒								ガナ	フリガ <sup>、</sup>	
者     居住地     電話番号       フリガナ     生年月日     年月       申請に係る     信人番号:     続柄       計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名     フリガナ       事業所名     〒       住所     市	日	月 日	年		生年月日	<u> </u>	個人番号:	名	氏	
マリガナ     生年月日     年月       申請に係る     規 童氏名     続柄       計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名     フリガナ       事業所名     〒       住 所     市							₸			
申請に係る     据       児童氏名     個人番号:       計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名       フリガナ       事業所名       住所				電話番号	<u>ن</u> آ			地	居住:	
申請に係る     規 童氏名     個人番号:     続柄       計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名       フリガナ     事業所名       住 所	日		年		生年月日					
計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名  フリガナ 事業所名  「 住 所							個人番号:			
フリガナ 事業所名 〒 住 所					7,2117		ILLY VIII V	,,,		
事業所名						祖談支援事業所名	頭した指定特定権	受を依頼		
住 所										
住所										
							=	=	主 所	1
<b>电話番号</b>				活番号	電話				1. //	
					· → +/·			V-1-1-3-1	adla whales take	110 -4
指定特定相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)					に記載)	- る埋由(変更の場合)	事業所を変更する	《文援事	特定相談	指定

変更年月日 年 月 日

## 別記99 (改正後)

様式第24号(第26条関係)

障害者	受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年	月	日
者	フリガナ								
· 児	受診者住所					電話番号			
	個 人 番 号								
受	フリガナ			•		巫⇒★1.	•		
受診者が	保護者氏名					受診者との 関係			
1 8	フリガナ					電話番号			
歳未満	保護者住所 ※2					●前留力 ※2			
の場	個 人 番 号								
負	受診者の <u>健康保険</u> の 記 号 及 び 番 号		•	保険者名		1	1	<u> </u>	
担	受診者と同一保険 の 加 入 者		I						
額に関する事	受診者と同一保険 の加入者個人番号								
爭項	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間	1・中間	2・一定	以上	重度かつ 継続 ※4	該当 •	非該当	i
身化	本障害者手帳番号			育神障害者 百祉 手 帳					
		医療機関	1 名			所名	生地・電話番	号	
	診を希望する指定								
	立支援医療機関								
	薬局・訪問看護事								
※1	者を含む)								
受	給者番号 ※ 5								
_	int landan	ウンナゼ医療悪の土外と	. Hr (# 1 - 4	F J-					
1		、自立支援医療費の支給を	(中前しる	K 9 o					
	申請者氏名								
	年 月	日							
(	あて先)柴田町長								
<b>※</b> 1	該当する医療の種類	及び新規・再認定・変更(自む	己負担限原	ま額及び指定	定医療	幾関の変更認	忍定の申請の場	合) のい	ずれかに(
	をする。	担人に対す							
	受診者本人と異なる チェックシートを参	場合に記入 照し、該当すると思う区分にC	)をする。						
		照し、該当すると思う区分に〇							

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)

性別 男・女 年齢

- ------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

※5 再認定の方のみ記入

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 薫度かつ 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	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		

## 別記100 (改正前)

様式第24号(第26条関係)

									<b>※</b> ]	L		
	フリガナ									生 年	月日	
障害者	受診者氏名				性別	男・女	年齢	芹	苋	年	月	日
者	フリガナ				L							
• 児	受診者住所							電話番号	7			
	個 人 番 号											
受診	フリガナ							受診者と	4			
合者が1	保護者氏名							の関係				
8 歩	フリガナ							電話番号	1.			
受診者が18歳未満の	保護者住所※2							* 2				
場	個 人 番 号											
負	受診者の <u>被保険者証</u> の記号及び番号				1	保険者名						
担額に関	受診者と同一保険 の 加 入 者											
関する事	受診者と同一保険 の加入者個人番号											
項	該当する所得区分 ※3	生保・低1・	低2・	中間 1	<ul><li>中間</li></ul>	2 • 一定	以上	重度かつ継続※4		該当	非該)	当
身体	本障害者手帳番号					神障害者 祉 手 帳			•			
			医療	幾関	名			所	行在地・	電話番	号	
	診を希望する指定											
	立 支援 医療 機 関 薬局・訪問看護事											
	米川・訪问有護事 者を含む)											
受	給者番号 ※5											
拜	私は、上記のとおり	、自立支援医	療費の支	給を申	請しま	きす。						_
	申請者氏名				E	<u> </u>						
	年 月	目										
(	(あて先)柴田町長											
	該当する医療の種類		定・変更	(自己負	担限度	<b>変額及び指</b> り	定医療	機関の変更	認定の	申請の場	合) のい	ずれかり
	をする。 - 受診者本人と異なる:	場合に記入										

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)

- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。 ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。 ※5 再認定の方のみ記入

- $\underline{\%6}$  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。

### 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7継	かつ 続	亥当 ・ 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 続	亥当 · 非該当	
所得確認書類	市町村民税課税証明 生活保護受給世帯の記		民税非課税証明 の他収入等を記		標準負担額 る書類(	咸額認定証	)
前回の受給者番号			今回の受給者	番号			
備考							

# 別記101 (改正後)

様式第25号(第27条関係)

(表面)

				自立	立支援	医療	受給	含者証	E (	育成医療・	• 更生	三医療	(表)			
	費 負 技工支援医療					1										
	- ス版 G 原 フ リ			ナ		:					/ 性	멘		生年月	l H	
		^	<u>,                                     </u>								1-1-/	73-1		ユナハ	Н	
受	氏			名												
	フリ	ナ	Ĵ	ナ							l					
診	住			所												
者	<b>健康保</b> 及 ひ		) 記	号号							保険	者名				
	重度	かつ	継	続												
-					フリカ	ガナ									続柄	
<b>∤</b> ₽.∃	護者(受	<b>シ</b> セ、	<del>ለ</del> ኛ 1 ር	华	氏	名										
未	度句(文 満の場合)	10日 / 記入)	/J-1 C	)	フリカ	ガナ										
					住	所										
指定	病院	• 診	療	所						所在地・ 電話番号						
医療機	薬			局						所在地・ 電話番号						
関 名	訪問看	護事	革業	者						所在地・ 電話番号						
自	己負担	且上	限	額	月初	領	F	]		ı	ı					
有	効	期		間	7	から		まで								
	上記のと	おり認	図定す	ナる。	)											
		年		月	F	1						柴田	町長			印

<sup>※</sup> 育成医療及び更生医療の受診者は裏面も記入のこと。

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						
医療の具体的方針						
特定疾病療養受療証						

<sup>※</sup> 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出 すること。

# 別記102 (改正前)

様式第25号(第27条関係)

(表面)

自立支援医療受給者証(育成医療・更生医療)								
公	費負担者番号	-						
自立支援医療費受給者番号		;						
	フリガナ	•			性別	生年月日		
受	氏	1						
A	フリガナ							
診	住	r l						
者	<b>被保険者証</b> の記号 及 び 番 号	-			保険者名			
	重度かつ継続	<u> </u>						
	l	フリガナ				続柄		
保	護者(受診者が18歳	氏 名						
未満の場合記入)		フリガナ						
		住 所						
	病院・診療所			所在地·				
指				電話番号				
定								
医								
	-te-			所在地・				
療	薬	j		電話番号				
機								
関								
名				所在地•				
	訪問看護事業者			電話番号				
自	己負担上限額	月額	円	1	<u> </u>			
有	効 期 間	から	まで					
上記のとおり認定する。								
	年 )	月日			柴田町長	印		
					2.2.1.			

<sup>※</sup> 育成医療及び更生医療の受診者は裏面も記入のこと。

自立支援因	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	
医療の具体的方針	
特定疾病療養受療証	

<sup>※</sup> 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口に提出 すること。

## 別記103 (改正後)

様式第27号(第28条関係)

		自立支援医療費(育成医	療・更生	三医療) 支	: 給認知	它変更申請	書 ※1		
	フリガナ							月日	
障害者・	受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年	月	日
· .	フリガナ					11111			
児	受診者住所					電話番号			
の受	フリガナ					受診者と			
の場合 18歳未満	保護者氏名					の関係			
18 歳	フリガナ					電話番号			
未満	保護者住所 ※2					<b>※</b> 2			
負担欠	受診者の <u>健康保険</u> の 記 号 及 び 番 号			保険者名					
負担額に関する事	受診者と同一保険 の 加 入 者		•						
る事項	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間	1・中間	2・一定	以上	重度かつ 継続 ※4	該当 •	非該当	
身体	本障害者手帳番号		精福	神障害者 祉手帳	保健番号				
兴	診を希望する	医療機関	名			所在	生地・電話番号		
	定自立支援医								
療	機関								
	薬局・訪問看護事 者を含む)								
/14 /									
受	給 者 番 号								
秉	以は、上記のとおり	、自立支援医療費の支給を	申請しる	<b>きす。</b>					
	申請者氏名								
	年 月	日							
ì	华田町長 様								

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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)のいずれかに○をする。
   ※2 受診者本人と異なる場合に記入
   ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
   ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。

----------------------------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 港	かつ 続	亥当 ・ 非該旨	á
今回所得区分	生保・低1・低2・	中間1・中間	2・一定以上	重度 港	かつ 続	亥当 ・ 非該旨	á
所得確認書類	市町村民税課税証明 生活保護受給世帯の記		民税非課税証明 の他収入等を訂		標準負担額 る書類(	减額認定証	)
前回の受給者番号			今回の受給者	f番号			
備考							

## 別記104 (改正前)

様式第27号(第28条関係)

		自立支援医療費(育成医療	・更生	医療)支	: 給認知	定変更申請	書 ※1		
	フリガナ							月日	
障害者・	受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年	月	日
•	フリガナ					13.4.1			
児	受診者住所					電話番号			
の受	フリガナ					受診者と			
場合が	保護者氏名					の関係			
の場合 18歳未満	フリガナ					電話番号			
未満	保護者住所 ※2					<b>※</b> 2			
負担欠	受診者の <u>被保険者証</u> の記号及び番号		ſ	呆険者名					
負担額に関する事	受診者と同一保険 の 加 入 者		L						
る事項	該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1	• 中間	2・一定	以上	重度かつ 継続 ※4	該当 •	非該当	
身体	本障害者手帳番号		精福	神障害者 祉 手 帳	保健番号				
平	診を希望する	医療機関:	名			所在	圧地・電話番号		
指	定自立支援医								
療	機 関 関 薬局・訪問看護事								
	表向・								
_									
受	給 者 番 号								
禾	以は、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		E	<u> </u>					
	年 月	日							
声	<b>柴田町長</b> 様								

- ※1 該当する医療の種類及び新規・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)のいずれかに○をする。
   ※2 受診者本人と異なる場合に記入
   ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
   ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
   ※5 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2	かつ 続	亥当 ・ 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2	かつ 続	亥当 ・ 非該当	
所得確認書類	市町村民税課税証明 生活保護受給世帯の記		民税非課税証明 の他収入等を記		標準負担額 る書類(	咸額認定証	)
前回の受給者番号			今回の受給者	番号			
備考							

## 別記105 (改正後)

様式第28号(第29条関係)

			自立	支援	医療受	を 給者	証等記	己載事	事項変	変更届	員(育	育成医療	ま・更	生医	療)			
	フ	IJ	ガ	ナ								性別			生	年月日	1	
受	氏			名								男 •	女			年	月	日
診	フ	IJ	ガ	ナ														
者	住			所														
	個	人	番	号														
	1				フリ	ガナ	1		1			·	ı	-		彩	- 抗柄	
					氏	名												
		受診者	が18歳	未満	フリ	ガナ												
() I	易合記	八)			住	所												
					個人	番号												
自立	立支援	医療費	受給者	番号		:		:										
受	給者	証の	有効其	朝間	•	4	F.	<del>.</del> 月	日	Дэў	ò	*	年	月	日	まで	~	
		事	項				変	更	前					変	更	後		
		者に関・住所																
変更		者に関・住所																
内容	(記号)	保険 促び番号 者と同一	· 保険	者名・														
		章害者 引 呆健福祉																
備				考														
<u></u> ا		け出ま		受給	<b>者</b> 証及	び自立	支援医	療支	給認	定申請	青書に	こ記載さ	れた	事項の	変更	につい	て、上	:記の
<i>)</i> i	田山伯	氏名 年	月	E	1													
		7	Л	-	•			柴田	町長	様								

<sup>※</sup> 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申請書(変更)に記載すること。

## 別記106 (改正前)

様式第28号(第29条関係)

			自立	支援	医療	受給者	針証等	記載	事項変	変更届	(育	成医療	ぎ・	更生医	療)			
	フ	IJ	ガ	ナ								性別			生	年月日		
受	氏			名							į	男・	女			年	月	田
診	フ	IJ	ガ	ナ														
者	住			所														
18	個	人	番	号														
					フリ 氏	ガナ 名										続	柄	
保記	護者 (	受診者	が18歳	未満	フリ	ガナ												
の場	場合記	入)			住	所												
					個人	番号												
自立	立支援	医療費	受給者	番号			:			:			_					
受	給者	証ので	有効其	期間			· 年	<b>.</b> 月	. 目	から		~	年	月	月	まで		
		事	項				変	更	前					変	更	後		
		者に関 ・住所																
変更も		者に関 ・住所																
内容	(記号)	<b>美者証</b> に 及び番号 皆と同一	<ul> <li>保険</li> </ul>	者名・														
		章害者手 呆健福祉																
備				考														
		自立支		受給	<b></b> 皆証及	び自立	立支援	医療习	支給認	定申請	書に	記載さ	れた	事項の	変更り	こつい	て、上	記の
Ā	届出者:	氏名				<u>印</u>												
		年	月	F	1													
								柴日	田町長	様								

<sup>※</sup> 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申請書(変更)に記載すること。

## 別記107 (改正後)

様式第29号(第30条関係)

-47	17 2	J	<i>,</i> ,	(>	1,70	0 /(6	KJ DIV)											
					自立	支援医	療受給	者証(	再交付	<ul> <li>返還</li> </ul>	毘)申請書	書(育月	戊医療・	更生医	(療)			
	フ	IJ		ガ	ナ										生	年	月日	
障害者・	受	診	者	氏	名					性別	男・女	年齢	蒜	Ť	:	年	月	日
者	フ	IJ		ガ	ナ													
• 児	受	診	者	住	所		•	1				1	電話番号	7	T	_		ı
	個	人		番	号													
*	個人	番号	は	再交	で付申	請時の	み記載	0	1						1			I
受	フ	IJ		ガ	ナ								受診者と					
受診者が18歳未満の場合	保												の関係					
歳	フ	IJ		ガ	ナ								<b>耐</b> 式 ₩. □					
不満の!	保	護	者	住	所		1	1	ı			T	電話番号	Ť	1			ı
場合	個	人		番	号													
<u></u> **	保護	者住	所	は受			,	場合に記	7.5									
	事由	3		1	紛失	÷	2 7	5損	3	その作	也(						)	
*	返還(	に関	す	る事	項													
	事由	1		1	通防	定を終了	2	死亡	3	その作	也(						)	
	私は、	申	請	者氏	:名 月		支援医	療受給者	<b>計証の再</b>	交付・	返還を申	ま請し、	ます。					

------ここから下の欄には記入しないでください。-------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		<b>幸</b> 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	亥当 · 非該当
今回の受給者番号				
備考				

## 別記108 (改正前)

様式第29号(第30条関係)

		自立	支援医	療受給	者証(拝	再交付	<ul> <li>返還</li> </ul>	閏)申請書	書(育月	戈医療・	更生医	療)		
	フリ	ガナ										生 年	月日	
障	受診者	<b>氏名</b>					性別	男・女	年齢	茘	Ē	年	月	日
吉	フリ	ガナ						•						
障害者・児	受診者	住 所								電話番号	7			
	個 人	番号												
<b>※</b> 1	個人番号は	再交付申	請時の	み記載。										
受	フリ	ガナ								受診者と				
診者が	保 護 者	<b>氏名</b>								の関係				
18 歳	フリ	ガナ												
受診者が18歳未満の場合	保 護 者 ※									電話番号	7			
場合	個 人	番 号												
*1	個人番号は	再交付申	請時の	み記載。										
*	再交付に関	する事項												
	事由	1 紛失	÷	2 浬	損	3	その他	<u>t</u> (					)	
*	返還に関す	る事項												
	事由	1 通院	どを終了	2	死亡	3	その他	<u>h</u> (					)	
7	払は、上記	のとおり	白力	<b>支摇医</b> 瘤	\$ 受給者	行証の再	<b></b>	近還を由	3 請 1 、	<u></u> ます				
'			·	~12/2//		1 hm -> 1 1			, O 114	× / 0				
	中前	者氏名					<u>F[</u>	<u> </u>						
		年 月	日											
Ż Ż	柴田町長	様												
	双处土土													

- ※1 受給者本人と異なる場合記入※2 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。

### 自治体記入欄

ロロ件にノイ州						
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7継	かつ 続	亥当 · 非該当
今回の受給者番号						
備考						

# 別記109 (改正後)

様式第31号(第32条関係)

## 補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

									申請日		年		月	目
柴日	日町長	様												
							(申請	青者)						
							住	所						
							E	- 名						
							但	人番	号					
							交	力象者	との続柄	ĵ				
							電	話話						
	_ ,			A . I . ====	/n.th	<i></i> —				,				
			装具費の支約									V <del>lor</del> √lo	1 4W 7	for V/tot vlast
			申請(購入 各関係機関/					•			氏登録!	貸料	ł、棁养	<b>6</b> 資料
				- 1,711.	711124	, 1,4,50								
	住	序												
対象者		リ ガ ナ												
者	氏	· 名	1			1	(個人番	号						)
	生生	年月日	年	月	目	性別	男・女	, T	電 話					
±. /+-	754 A	北工品	手帳番号		第		号	交付	·年月日		左	F	月	目
月 14	に まり とう	者手帧 名						障	事等級		利	重	級	
疾	患	名	(障害者の)	日常生活及	及び社会	生活を総	合的に支援す	トるため	の法律施行	テ令 にす	規定する疾	患名	を記載の	)こと)
		け・修理 甫装 具名												
判定	三 予	定目	1	4	年	月	日 (	)	(所内・	巡回	・在宅	• 文	(書)	
希望。	トス	名 称												
補装具		所在地	1											
者		電 話	i						F A	X				
該当一	する戸	<b>听得区分</b>	1.	生活保	護	2.	低所得	3	. 一般	<u>'</u>	4. 一定	它所	得以上	
		の移行 <sup>-</sup> する認知	,	保護への	の移行	于予防	(定率負担	減免	昔置)を	希望	します。	)		

# 別記110 (改正前)

様式第31号(第32条関係)

### 補装具費(購入・借受け・修理)支給申請書

								申請日	年		月	日
柴日	日町長	様										
						(申請	看)					
						自	所					
						Ð	名					印
						個	人番	号				
						交	象者	との続柄				
						旬	話					
			長具費の支給							V <del>L -</del> . I - 1	<i>≈</i> \/ →	de Mes dol
			申請(購入 よ関係機関は						住民登録	資料	·、税 <sup>系</sup>	务資料
C \$7  1		, C, L		- hu = 7 / //	XA \ [A]	£ 7 0 C C	C /T(M					
	住	所										
対象者		リガナ										
者	氏	名				(個人番	号					)
	生生	年月日	年	月	日性別	別 男・変	<i>z</i>	電 話				
de ti		- II	手帳番号	第	1	号	交付	年月日	Ē	丰	月	目
身体障	障害害	者手帳 名	障害種別				障領	事等級	利	重	級	Ž
疾	患	名	(障害者の日	常生活及び	社会生活を	総合的に支援。	トるため	うの法律施行令	に規定する券	<b></b>	を記載の	のこと)
		け・修理 甫装具名										
判定	三 予	定 日		年	月	日 (	)	(所内・巡	回・在宅	· 文	書)	
希望。	トス	名 称										
補装具		所在地										
者		電 話						F A X				
該当一	する原	听得区分	1.	生活保護	2	. 低所得	3	. 一般	4. 一次	定所	得以上	:
		の移行予 する認定		呆護への利	多行予防	(定率負担	減免	措置)を希	望します。	0		

# 別記111 (改正後)

様式第34号(第32条関係)

支給	番号				支		左	F	月	目
購入・ 修 理	借受け・ の 別			購入	<ul><li>借受</li></ul>	け・	修理			
借 受 (借受)	け 期 間 けの場合)		年	月	日	~	年	月		Ш
氏	名				生年月日		左	F	月	Ш
住	所									
保 護	者氏名					続柄				
補装具	見の名称				修理部位					
処	方					•				
	名 称									
補装具業 者	1 所存物									
	電話			_						
基	準額	見積額	頁		利用者負	旦額		公費	'負担	額
	円		円							
	月額負	担上限額								
			円			Р	3			円
上記	のとおり	決定する。								
	年	月 日	1							
						柴田町	長			
	判 年月日	年	月	ні	定員 氏名					
	受 領 年月日	年	月	受 氏	領者 名				人と 関係	

# 別記112 (改正前)

様式第34号(第32条関係)

支糸	合 같	番号	<u>1</u> .						支決定	給官日			年		月	日
購入· 修 理	· 借雪						賱	<b></b>	•	借受り	† ·	修理	1			
借 受 (借受	け:けの	期 間 場合)	1			年		月		日~		年		月		Ш
氏		名	7						生年	月日			年		月	目
住		戸	f													
保 護	者	氏名	<b>7</b>								続柄					
補装	具の	2名称	扩						修理	部位						
処		ナ	ī													
		名 移	<b>*</b>													
	業者 間 話															
基	準額	頁			見積	額			利用者	首負担	額		2	公費	負担額	額
		円					円									
		月額賃	負担	旦上四	艮額											
							円				Ε.	]				円
上記	己の る	とおり	決	た定す	-る。											
年 月 日										此	<sub></sub> 岩田町 <del>.</del>	長				
判定検査	判年	定月日			年	月	日		定員 氏名							<u>卸</u>
受領	受 年 <i>/</i>	領 月日			年	月	日	受氏	領者 名			卸			人と 関係	

# 別記113 (改正後)

様式第34-3号(第32条関係)

支給	番号					支 決 定	給日			年		月	日
借受	け期間		4	年	月		日~		年		月		日
氏	名					生年	月日			年		月	日
住	所												
保 護	者氏名							続柄					
補装具	具の名称					修理	部位						
処	方							•					
	名 称												
補装具業 者	一叶在州												
	電話								•				
基	準額	見	積額			利用者	負担	額		1	<b>含</b> 費	負担額	頁
	円			円									
	月額負	担上限額						円.					Е
				円									円
上記	のとおりネ	央定する。	)										
	年	月	日				サラ	柒田町 <del>]</del>	曼				
返却	\C+= =	<i></i>	H	H	業者	者 名							
確認	返却日	年	月	日	申話氏	清 者 名					本の	人と 関係	

# 別記114 (改正前)

様式第34-3号(第32条関係)

支 給	番 号					支 決 定	給日			年		月	日
借受	け期間		名	丰	月		日~		年		月		日
氏	名					生年	月日			年		月	日
住	所												
保 護	者氏名							続柄					
補装身	具の名称					修理語	部位						
処	方												
	名 称												
補装具業 者													
	電話												
基	準額	見	積額			利用者	負担	額		4	\費	負担額	頁
	円			円									
	月額負	担上限額						F.	1				
				円									円
上記	のとおりネ	央定する。											
	年	月	日				歩	<sub>装田町</sub>	長				
返却	\F-\_+= -	<b>-</b>	п		業者	者 名							<u>印</u>
確認	返却日	年	月	日	申記氏	青 者 名				<u>卸</u>	本の	人と 関係	

## 別記115 (改正後)

様式第35号(第33条関係)

令第四十三条の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

#### 柴田町長 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 第四十三条の五第一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。

									申請生	<u> </u>			年		月		日
フ	リガナ						<ul><li>①障害</li></ul>	者の	日常生	活及	び社	会生	活を	:総合	合的に	こ支	援
							するた	めの洗	去律②	児童	畐祉剂	去 <u>③</u> 分	个護信	呆険	法		
申詞	請者氏名						制月	度	受約	合者詞	正番	号•	被保	験	者証	番号	를
(支給決	:定障害者等氏名)	個人都	番号:														
<i>H</i> -	年月日			年	月	月											
土	十 月 日			+	Л	Д											
居	住 地	₹															
卢	工 地						電	話番	号								
フ	リガナ					続	柄										
	合決定に						生年月	∃ 日				年		月		日	
係る	児童氏名					1	1.17	<b>,</b>			_ 1	'		<i>,</i>			
サーヒ	ごス利用月の世	帯におけ	る対象費用	用の支払台	計額				申請					Æ			$\wedge$
サー	 ビス利用月の『	申請者の	対象費用	の支払合	·計額					ーし  用月				年		月	ガ
	1 47 147 4	1 117 11	7,4,3,7,7,14				<ul><li>①障害</li></ul>	者の				会生	活を	- 総合	>的(	に支	援
同支		氏	名			生年月日	するた	•									1/2
							制	度	受約	合者詞	正番	号•	被保	<b> </b> 険	者証	番片	큵
一世 世 帯 決																	
に属する他の定属で属する他の	個人番号:																
海す障																	
る害	個人番号:																
心者																	
	個人番号:																
(注	1) 支払額を	を証する	る領収書	を添付し	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。

		•	-	
	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	1 普通預金	
口座振替	信用組合	出張所	2 当座預金	
	金融機関コード	店舗コード	2 3 注 損 並 3 そ の 他	
依 頼 書			3 て り他	
	フリカ゛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	
氏	名			との関係	
住	所	Ŧ	ē	<b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b> <b></b>	

## 別記116 (改正前)

様式第35号(第33条関係)

令第四十三条の五第一項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

#### 柴田町長 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 第四十三条の五第一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。

										申請金	<b>平月</b>	日		年		月		日
フ	リガナ							①障害	者の	日常生	三活及	てびた	t会	生活る	と総合	合的	に支	援
								するた	めの治	<b>法律</b> ②	児童	福祉	法 <u>②</u>	介護	保険	法		
申詞	 請者氏名						<u>印</u>	制度	度	受	給者	証番	号	• <u>被</u> [	呆険:	者証	番号	ュナ
(支給決	:定障害者等氏名)	個人番	:号:				_											
11.	F 11 11			<i>F</i>	н													
生	年月日			年	月	日												
	/>- III-	₹						1				ı	•	-			ı	
居	住地							電	話番	号								
フ	リガナ							続	柄									
支糸	合決定に					生年月	3 П				年	<del>.</del>	月		日			
係る	児童氏名			_		工十月	1 H				4		Л		Н			
サーヒ	ごス利用月の世	帯における	る対象費用	用の支払	合計額						青にイ				_			
#-1	 ビス利用月のF	由詰老のも	対象専田	の支払る	<b>全計</b> 類						) — ·				年	•	月	分
7	C > (小山) 11 ) 1 () .	1. 昨日7日 マング	可多貝用	v/人:[4]				<ul><li>①障害</li></ul>	<b>学</b> の		用月		L 🛆 /	4 洋 7	5. W.S.	<u> </u>	)ァ士	. [松
同支		氏	名			生年月	3 FI	一切障害 するた									以又	.1友
	,	~	<b>4</b> 1			エヤハ	1 H		度					・ <u>被</u>			<b>悉</b> 与	<b>-</b>
一世 岩 帯決								הווו	汉	又	η·[ ] [ ]	日1114		<u>17X I</u>		ᆸᄜ		,
帯沢によ	/m 1 46 E																	
に属する他な定 産 障 害 *	個人番号:										+	-			1			
す障																		
心害	個人番号:																	
の者											+	-			1			
	個人番号:							+										
(注	1) 支払額を	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。

		•	-	
	銀行	本店	種目	口座番号
	信用金庫	支店	1 普通預金	
口座振替	信用組合	出張所	2 当座預金	
	金融機関コード	店舗コード	2 3 注 損 並 3 そ の 他	
依 頼 書			3 て り他	
	フリカ゛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)	
フリカ	ブナ			申請者	
氏	名			との関係	
住	所	Ŧ	1	電話番号	

						E	<del>}子</del> •	・父子	子家庭医	<b>医療費</b>	受給	資*	各登録(]	更新	前)申請	書		白	F	月	日		
	柴	田町長		殿							E	申請		氏	所 名 潘号	(	-	_		_	)		
情報の 関する 認(同 ☑をい。)	る同意 意の いれて	意の確 場合は	情報	申請に	等す								を行うたる こより確認										
		J ガ ナ							児童との 続柄	) <u>j</u>	生年月	日			年		月	日		性別	月	男・女	(
申請者	1.	氏名								1	固人番	污											
	住	所	:										勤務先						(*	TEL			)
	フリ	J ガ ナ 	-						申請者と の続柄	<u> </u>	生年月	日			年	i	月	月	Ţ	性別		・女	•
	2.	氏名								1	固人番	号						<u> </u>					
	住	所	;										学校名										
児	フリ	リガナ							申請者 と の続柄	<u>-</u> 4	生年月	日			年	i	月	月	Ţ	性別		・女	•
	3.	氏名								1	固人番	号							<u>:</u>				
童	住	所	:										学校名										
里	フリ	J ガ ナ 	.						申請者と の続柄	<u> </u>	生年月	日			年	Ξ	月	日		性別	月	・女	
	4.	氏名								作	固人番	污			:								
	住	所	:										学校名										
	フリ	J ガ ナ 							申請者と の続柄	- 4	生年月	日			年		月	日		性別	身	・女	:
	氏	名								佢	固人番	:号											
扶	住	所	:										勤務先						(*	TEL			)
養	フリ	J ガ ナ 							申請者と の続柄	- 4	上年月	目			í.	F.	月	日		性別	月	・女	;
義	氏	名	ļ							佢	固人番	污											
務	住	所											勤務先						(	TEL			)
者	フリ	J ガ ナ 							申請者と の続柄	- 4	生年月	日			<b></b> 年	Ē.	月	月		性別	月-	・女	
	氏	名								佢	固人番	:号											
	住	所											勤務先						(	TEL			)
健	被	保	険 者	氏	名					記	- 号	•	番号										
健康保険	健	康保	: 険 (	の 種	別				国	呆 •	協会的	建保	• 組a	· ÷	船員	•	共済	· そ	の他	<u>.</u>			
<u>译</u> <u>険</u>	保具	険者	名称											資格	各取得	年月	日	17/ l-br			月	日	Aur
	let.		所		地									11. >				門川	縮竹	† <b>※</b> 1	有	<u>.                                    </u>	無
				延医療	費助	」成につ	ンいて	1					とを承認			(	11 18 1	\					
振込布	振込希望金融機関名 ロ座番号 普通・当 銀行 本店・支店 No.											<b>坐</b>		L1) <u>:</u>	<b>莝名義</b>	()	リカナ	')					
An ruid	en E	受	給	資 ;	<u></u>	適	~ <u>□</u> 否	110.	適	· 否		$\top_{i}$	(否の理由	<u> </u> ⊨)									
処理事 ※2	ł	受	給	者		番		1.				2.	(H - > < TEH	<b>⊣</b> /		3.			4	Į.			

## 附加給付に関する証明

当該事業所については、左記申請者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

給付規定の内容

1. なし

2. あり (給付規定の写し添付)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

事業所名

		 あなたと、ま	かなたの配偶	者、同居	引して	いる扶養義務	著の所得につ	かて	
		年分所得		<u>-                                    </u>	<u> </u>		<u> </u>		
	E	 氏 名						-	
2	同一生	計配偶者及び扶養親族		人			人		人
の合	計数(	(うち老人扶養親族の数							
(申	請者に	ついては、⑦同一生計	(9	人)		(	人)	(	人)
配偶	諸のう	ち七十歳以上の者及び	(④ 人)						
		族の合計数、①特定扶	( <sub>()</sub>	人)					
		、 ②16歳以上19歳未満							
		快養親族の数))							
_		に前年の12月31日にお							
		によって生計を維持し		人					
	ていた児童			ı			1		Т
4	所得額		円	*	円	円	※ 円	円	※ 円
	(5) B	章害者(特別障害者を除							
	< 。)	である同一生計配偶者	人		円	人	円	人	円
	及び生	<b>夫養親族の数</b>							
控	⑥ 特	<del>別障害者である同一生</del>							
	計配係	場者及び扶養親族の数	人		円	人	円	人	円
		章害者・特別障害者・寡	障・特障・寡・			障・特障・寡・		障・特障・寡・	
77		徐・ひとり親控除・勤労	ひとり・勤		円	ひとり・勤	円	ひとり・勤	円
除	学生0	O別 I					_		
	(8)		円		円	円	円	円	円
	9)		円		円	円	円	円	円
		社会保険料等相当額	円		円	円	円	円	円
		控除後の所得額			円		円		円

<sup>(</sup>注) ※1の「附加給付」欄が「有」の場合は、勤務先から上欄に附加給付の証明をもらってください。 ※2の「処理事項」欄は、記入する必要がありません。

裏面もお読みください。

<sup>※</sup>上記、所得額の※欄は、記入する必要がありません。

#### 記入上の注意

- 1 ①の欄は、申請者と生計を同じくしている(又は申請者が養育者である場合は、申請者の生計 を維持している)申請者の父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるとき、そのうち 所得の一番高い人を記入してください。
- 2 ②の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。なお、 地方税法に定める老人扶養親族(申請者については、同法に定める同一生計配偶者のうち七十歳 以上の者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養 親族)があるときは、その人の数を()内に再掲してください。
- 3 ③の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の18歳未満の者又は障害の状態に ある20歳未満の者をいいます。
- 4 ④の欄は、前年(1月から9月までの間に新規申請する人の場合には、前々年をいいます。)の所得について、道府県民税に係る総所得金額※1、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第33条の4第1項若しくは第2項、第34条第1項、第34条の2第1項、第34条の3第1項、第35条第1項、第35条の2第1項、第35条の3第1項又は、第36条の規定の適用がある場合には、その額を控除した額)及び先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
  - ※1 所得税法第28条第1項に規定する給与所得又は同法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得を有する場合には、同法第28条第2項の規定により計算した金額及び同法第35条第2項第1号の規定により計算した金額の合計額から10万円を控除して得た金額(当該金額が0を下回る場合には、0とする。)と同項第2号の規定により計算した金額とを合算した額を当該給与所得の金額及び同条第1項に規定する雑所得の合計額として計算するものとする。
- 5 ⑤及び⑥の欄は、扶養親族等について該当する人の数を記入し、⑦の欄は、申請者が該当する ときに該当する文字を○で囲んでください。
- 6 ⑧の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれの項目及び当該控除額等を記入してください。
- 7 新規申請の場合、この申請書に添えなければならない書類は、次のとおりです。
- (1) 申請者と対象児童の戸籍謄本
- (2) 申請者と対象児童の属する世帯全員の住民票謄本
- (3) 申請者が母又は父以外の者である場合には、児童の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本
- (4) 申請者が母であり、児童と同居していない場合には、児童を監護していることを明らかにする ことができる書類
- (5) 申請者が父であり、児童と同居していない場合には、児童を監護し、かつ、この児童と生計を

同じくしていることを明らかにすることができる書類

- (6) 申請者が母又は父以外の者である場合には、児童を養育していることを明らかにすることができる書類
- (7) 児童又は児童の父若しくは母が政令で定める程度の障害の状態にある場合には、その事実を明らかにすることができる障害者手帳等の書類
- (8) 次の場合は、その事実を明らかにすることができる書類
  - ア 父又は母が生死不明の場合
  - イ 父又は母が1年以上遺棄している場合
  - ウ 父母が1年以上海外にあるためその扶養を受けることができない児童
  - エ 父又は母がDV防止及び被害者保護に関する法律の規定による保護命令を受けている場合
  - オ 父又は母が1年以上拘禁されている場合
  - カ 父母のいない児童を養育している場合
- (9) 助成金を振り込む口座通帳等の写し
- (10) 申請者が児童扶養手当を受給しているときは、(1)~(8)の書類添付を省略することができます。
- 8 更新申請の場合、この申請書に添えなければならない書類は、次のとおりです。
- (1) 上記7(4)~(10) までの書類
- (2) 申請者が児童扶養手当を受給しているときは、上記7 (4)  $\sim$  (8) の書類添付を省略することができます。

	此	田町長	<b>.</b>	殿		£	子•	父	子家庭	医療	費受	給資	格登録(	更新	)申請	書		年	Ē	月	日	
				<i>I</i>								申請	者		所 名 番号	(	-	_		_	<u>卸</u> )	
情報の関する					係る	5母子	・父子	医療	費助成	受給	資格の	確認	を行うた	め、1	町が当	該受	給者及	:び同居:	家族	等の地	方税に関	する
認(同	意の	場合は	情報	Rを閲覧	等す	つること	とに同	意し	ます。た	こだ	し、公	簿等	により確	認がつ	できない	/場	合は、	所得、	扶養	人数の	わかる証	:明書
<b>⊿</b> をい さい。)		< < 7C	を液	がしま	す。																	
申	フリ	リガナ							児童と 続柄	の	生年	月日			年		月	F		性別	男・	女
申請者	1.	氏名									個人	番号										
	住	所	:						1.74	, ,			勤務先	à					(1	EL	•	)
	フリ	リガナ 							申請者 の続称	と 列	生年	月日			年		月	日		性別	男・	女
	2.	氏名									個人	番号										
	住	所							-L-3+-W	, 1			学校名									
児	フリ	リガナ 							申請者 の続称	と 列	生年	月日			年		月	月		性別	男・	女
	3.	氏名									個人	番号										
童	住	所	:							, ,			学校名	ı								
土	フリ	リガナ 							申請者 の続称	と 列	生年	月日			年	Ε.	月	日		性別	男・	女
	4.	氏名									個人	番号									<u> </u>	<u> </u>
	住	所	:					ı		. 1			学校名	ı					1		Ī	
	フリ	リガナ 							申請者の続柄		生年	月日			年		月	日		性別	男・	女
	氏	名									個人	番号										
扶	住	所	:										勤務先	ì					(1	EL		)
養	フリ	リガナ							申請者。 の続杯		生年	月日			<u> </u>	F.	月	月		性別	男・	女
義	氏	名									個人	番号										
務	住	所						ı		. 1			勤務先	à					(1	EL	Ī	)
者	フリ	リガナ 							申請者の続極		生年	月日			年 ———	Ξ	月 <del>-</del>	日		性別	男・	<b>女</b>
	氏	名									個人	番号										
	住	所											勤務先						(1	EL		)
加	被	保	険 者	氏	名						記号	클 •	番号									
医医	健	康保	: 険 (	の種	別				国	保	· 協:	会健保	! • 組	合 ·	船員		共済	· ~	の他			
加入医療保険			名		称									資格	<b>下取得</b>	年月	日		4	F.	月日	3
<u>除</u>	保	) 者	所	在	地												ı	附加	給付	<b>※</b> 1	有・	無
上記の	L )者の	母子・	父子家	庭医療	費助	成につ	ついて	、下	記口座~	振	<u>入</u> みさ;	れるこ	ことを承	諾しま	<u></u> きす。							
振込希					/ .				逐番号		通· l			1	至名義	(フ	リガナ	·)				
										_		-					•					
		銵	行		本	店・才	店	No.														
処理事	項	受	給	資	挌	適	否		適	•	否		(否の理	曲)								
<b>%</b> 2	2	受	給	者		番	号	1.		_		2.		_		3.	_		4			

## 附加給付に関する証明

当該事業所については、左記申請者の家族療養費に対する附加給付は、次のとおりです。

給付規定の内容

1. なし

2. あり(給付規定の写し添付)

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

事業所名

ĘΠ

		 あなたと、ま	かなたの配偶	者、同居	引して	いる扶養義務	著の所得につ	かて	
		年分所得		<u>-                                    </u>	<u> </u>		<u> </u>		
	E	 氏 名						-	
2	同一生	計配偶者及び扶養親族		人			人		人
の合	計数(	(うち老人扶養親族の数							
(申	請者に	ついては、⑦同一生計	(9	人)		(	人)	(	人)
配偶	諸のう	ち七十歳以上の者及び	(④ 人)						
		族の合計数、①特定扶	( <sub>()</sub>	人)					
		7、 ⑤16歳以上19歳未満							
		快養親族の数))							
_		に前年の12月31日にお							
		によって生計を維持し		人					
	ていた児童			ı			1		Т
4	所得額		円	*	円	円	※ 円	円	※ 円
	(5) B	章害者(特別障害者を除							
	< 。)	である同一生計配偶者	人		円	人	円	人	円
	及び生	<b>夫養親族の数</b>							
控	⑥ 特	<del>別障害者である同一生</del>							
	計配係	場者及び扶養親族の数	人		円	人	円	人	円
		章害者・特別障害者・寡	障・特障・寡・			障・特障・寡・		障・特障・寡・	
77		徐・ひとり親控除・勤労	ひとり・勤		円	ひとり・勤	円	ひとり・勤	円
除	学生0	O別 I					_		
	(8)		円		円	円	円	円	円
	9)		円		円	円	円	円	円
		社会保険料等相当額	円		円	円	円	円	円
		控除後の所得額			円		円		円

<sup>(</sup>注)※1の「附加給付」欄が「有」の場合は、勤務先から上欄に附加給付の証明をもらってください。 ※2の「処理事項」欄は、記入する必要がありません。

裏面もお読みください。

<sup>※</sup>上記、所得額の※欄は、記入する必要がありません。

#### 記入上の注意

- 1 ①の欄は、申請者と生計を同じくしている(又は申請者が養育者である場合は、申請者の生計 を維持している)申請者の父母、祖父母、子、孫等の直系血族と兄弟姉妹があるとき、そのうち 所得の一番高い人を記入してください。
- 2 ②の欄は、地方税法に定める同一生計配偶者、扶養親族の合計数を記入してください。なお、 地方税法に定める老人扶養親族(申請者については、同法に定める同一生計配偶者のうち七十歳 以上の者、老人扶養親族及び特定扶養親族並びに16歳以上19歳未満の同法に定める控除対象扶養 親族)があるときは、その人の数を()内に再掲してください。
- 3 ③の欄にいう「児童」とは、地方税法に定める扶養親族以外の18歳未満の者又は障害の状態に ある20歳未満の者をいいます。
- 4 ④の欄は、前年(1月から9月までの間に新規申請する人の場合には、前々年をいいます。)の所得について、道府県民税に係る総所得金額※1、退職所得金額、山林所得金額、土地等に係る事業所得等の金額、長期・短期譲渡所得金額(租税特別措置法(昭和32年法律第26号)第33条の4第1項若しくは第2項、第34条第1項、第34条の2第1項、第34条の3第1項、第35条第1項、第35条の2第1項、第35条の3第1項又は、第36条の規定の適用がある場合には、その額を控除した額)及び先物取引に係る雑所得等の金額の合計額を記入してください。
  - ※1 所得税法第28条第1項に規定する給与所得又は同法第35条第3項に規定する公的年金等に係る所得を有する場合には、同法第28条第2項の規定により計算した金額及び同法第35条第2項第1号の規定により計算した金額の合計額から10万円を控除して得た金額(当該金額が0を下回る場合には、0とする。)と同項第2号の規定により計算した金額とを合算した額を当該給与所得の金額及び同条第1項に規定する雑所得の合計額として計算するものとする。
- 5 ⑤及び⑥の欄は、扶養親族等について該当する人の数を記入し、⑦の欄は、申請者が該当する ときに該当する文字を○で囲んでください。
- 6 ⑧の欄は、前年の所得について地方税法に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除又は配偶者特別控除等を受けたときに、それぞれの項目及び当該控除額等を記入してください。
- 7 新規申請の場合、この申請書に添えなければならない書類は、次のとおりです。
- (1) 申請者と対象児童の戸籍謄本
- (2) 申請者と対象児童の属する世帯全員の住民票謄本
- (3) 申請者が母又は父以外の者である場合には、児童の父及び母の戸籍又は除かれた戸籍の謄本
- (4) 申請者が母であり、児童と同居していない場合には、児童を監護していることを明らかにする ことができる書類
- (5) 申請者が父であり、児童と同居していない場合には、児童を監護し、かつ、この児童と生計を

同じくしていることを明らかにすることができる書類

- (6) 申請者が母又は父以外の者である場合には、児童を養育していることを明らかにすることができる書類
- (7) 児童又は児童の父若しくは母が政令で定める程度の障害の状態にある場合には、その事実を明らかにすることができる障害者手帳等の書類
- (8) 次の場合は、その事実を明らかにすることができる書類
  - ア 父又は母が生死不明の場合
  - イ 父又は母が1年以上遺棄している場合
  - ウ 父母が1年以上海外にあるためその扶養を受けることができない児童
  - エ 父又は母がDV防止及び被害者保護に関する法律の規定による保護命令を受けている場合
  - オ 父又は母が1年以上拘禁されている場合
  - カ 父母のいない児童を養育している場合

### (9)健康保険証の写し

- (10) 助成金を振り込む口座通帳等の写し
- (11) 申請者が児童扶養手当を受給しているときは、(1)~(8)の書類添付を省略することができます。
- 8 更新申請の場合、この申請書に添えなければならない書類は、次のとおりです。
- (1) 上記7(4)~(10) までの書類
- (2) 申請者が児童扶養手当を受給しているときは、上記 7 (4)  $\sim$  (8) の書類添付を省略することができます。

# 別記119 (改正後)

様式第4号(第8条関係)

(表)

	Ę	子	• 父	子家	(庭)	医療費	<b></b> 曼総	者証	
受	給者	番	号						
受給	住	Ē	听						
者	氏	2	Ž					性別	
対象	氏	2	Ž					性別	
家者	生	年月日	3						
有	効	期	間						
発	行		者						
及	び		印						
交 1	寸 年	月	日						

#### 注 意 事 項

- 1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることのできる証ですから大切に保管してください。
- 2 この証は、保険診療にのみ適用されるので診療を受けるときは、医療機関等の窓口に提示してください。
- 3 助成金を受けようとするときは、柴田町役場から助成 申請書の交付を受け、必要事項を記入して医療機関等に 提出してください。
- 4 次のことができたときは、必ず届け出てください。
- (1) 氏名に変更があったとき。
- (2) 住所を変更したとき。
- (3) 加入保険に変更があったとき。
- (4) 振込口座に変更があったとき。
- (5) 受給者の一部の者に係る資格の取得又は喪失があったとき。
- 5 この証を破損したり、なくしたりしたときは、再交付を受けてください。
- 6 受給の資格がなくなったときは、速やかに返還してください。

お問い合わせ先

# 別記120 (改正前)

様式第4号(第8条関係)

(表)

	Ę	子	・父	?子家庭	医废疗	費受給	者証	
受	給 者	番	号					
受給	住	Ē	听					
者	氏	2	名				性別	
対	氏	2	各				性別	
象者	生	年月	Ħ					
有	効	期	間					
発	行		者					
及	び		印					
交	付 年	月	Ħ					

#### 注 意 事 項

- 1 この証は、あなたが医療費の助成を受けることのできる 証ですから大切に保管してください。
- 2 この証は、保険診療にのみ適用されるので診療を受ける ときは、**保険証といっしょに**医療機関等の窓口に提示して ください。
- 3 助成金を受けようとするときは、柴田町役場から助成申請書の交付を受け、必要事項を記入して医療機関等に 提出してください。
- 4 次のことができたときは、必ず届け出てください。
- (1) 氏名に変更があったとき。
- (2) 住所を変更したとき。
- (3) 加入保険に変更があったとき。
- (4) 振込口座に変更があったとき。
- (5) 受給者の一部の者に係る資格の取得又は喪失があったとき。
- 5 この証を破損したり、なくしたりしたときは、再交付を受けてください。
- 6 受給の資格がなくなったときは、速やかに返還してください。

お問い合わせ先

### 母子·父子家庭医療費受給資格変更(喪失)届

年 月 日

柴田町長 殿

	住	所	
届出人	氏	名	
	受給者との約		
	電話番	号	

情報の閲覧等に関する同意の確認 (同意の場合は**2**を入れてください。)

チェック栂

□届出に係る受給者の母子・父子家庭医療費助成受給資格の確認を行うため、町が当該受給者及

び同居家族等の地方税に関する情報を閲覧等することに同意します。

下記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届出します。

	受給者番号								
受給者	氏 名								
	生年月日				年	月	3		
<i>A</i> -	ar.	旧	柴田町						
住	所	新	柴田町						
T.	h	旧							
氏	名	新							
	保険者名称		1						
健康保険	記号・番号								
	被保険者氏名					受給者との	続柄		
ы ы <del></del>	金融機関名			銀行・約	組合・金庫				本店・支店
口座	口座番号					名義人(カナ)			
	フリカ゛ナ								
	氏 名								
児童の資格	生年月日		年	月	日	年	Ξ.	月	日
取得・喪失	受給者との続柄								
	個人番号								
	取得・喪失理由								
変更	年月日			年	Ξ ,	月日			
\@(   <del>\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\</del>	134		<del></del>	\ <u> </u>					

	扶養義	務者の増又は減の別		増 •	減		
	氏 名		生年月日		年	月	日
	個人番号		受給者との 続 柄				
	氏 名		生年月日		年	月	日
	個人番号		受給者との 続 柄				
扶	氏 名		生年月日		年	月	日
養義	個人番号		受給者との 続 柄				
務	氏 名		生年月日		年	月	日
者	個人番号		受給者との 続 柄				
	氏 名		生年月日		年	月	日
	個人番号		受給者との 続 柄				
	氏 名		生年月日		年	月	日
	個人番号		受給者との 続 柄				

扶養義務者とは、受給者の直系血族及び兄弟姉妹のことをいいます。

住民票上世帯分離をしていても、同居している方は生計同一とみなしますので、届出が必要です。

備	+		
考			

### 母子·父子家庭医療費受給資格変更(喪失)届

年 月 日

柴田町長 殿

	住	所	
届出人	氏	名	<u> </u>
	受給者との総	<b>売柄</b>	
	電 話 番	号	

情報の閲覧等に関する同意の確認 (同意の場合は**2**を入れてください。)

チェック根

□届出に係る受給者の母子・父子家庭医療費助成受給資格の確認を行うため、町が当該受給者及

び同居家族等の地方税に関する情報を閲覧等することに同意します。

下記のとおり変更が生じたので、受給者証を添えて届出します。

	受給者番号								
受給者	氏 名								
	生年月日				年	月目			
<i>A</i> -	<b>=</b>	旧	柴田町						
住	所	新	柴田町						
T.	<i>h</i>	旧							
氏	名	新							
	保険者名称		1						
健康保険	記号•番号								
	被保険者氏名					受給者との終	赫		
<b>⊢</b>	金融機関名			銀行・約	組合・金庫				本店・支店
口座	口座番号					名義人(カナ)			
	フリカ゛ナ								
	氏 名								
児童の資格	生年月日		年	月	日	年		月	日
取得・喪失	受給者との続柄								
	個人番号		***************************************			***************************************			
	取得・喪失理由								
変更	年月日			年	Ξ )	月日			
\a\  \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	124	A	<del></del>	\ <del></del>					

	扶養義	務者の増又は減の別		増 •	減		
	氏 名		生年月日		年	月	日
	個人番号		受給者との 続 柄				
	氏 名		生年月日		年	月	日
	個人番号		受給者との 続 柄				
扶	氏 名		生年月日		年	月	日
養義	個人番号		受給者との 続 柄				
務	氏 名		生年月日		年	月	日
者	個人番号		受給者との 続 柄				
	氏 名		生年月日		年	月	日
	個人番号		受給者との 続 柄				
	氏 名		生年月日		年	月	日
	個人番号		受給者との 続 柄				

扶養義務者とは、受給者の直系血族及び兄弟姉妹のことをいいます。

住民票上世帯分離をしていても、同居している方は生計同一とみなしますので、届出が必要です。

備		
考	考	

母子・父子家庭医療費助成申請書									
<u>柴田町長</u> <u>(あ</u> つ	()								
				<u>申請日</u>	<u>年 月 日</u>				
<u>●</u> <u>年</u>	<u> </u>	月分の母子・父子	<u> 子家庭医療</u>	<u>費の助成を以下のとおり申請</u>	<u>iします。</u>				
受給者証番号(6 桁)				住 所					
受給 者氏名				生年月日	年 月 日 生				
健康保険	<u>健</u> 康	1社会保険等➡		Fに加入の方は、該当する保険を <sup>-</sup> ₹保険協会以外は、名称も記載し <sup>-</sup>					
<u>記号</u>	<u>保</u> 険 の	2柴田町国保	·全国级 ·健 伊	<u> </u>	<u>)                                    </u>				
<u>番号</u>	<u>種</u> 別	<u>3後期高齢</u>	・健 (明 ) ・ 性 (明 ) ・ 性 (明 ) ・ 共 (明 ) ・ 子 (明 ) ・	<a href="https://www.edu.org/monospec">4</a> <t< td=""><td><u>)</u></td></t<>	<u>)</u>				

## ▼以下の欄は、医療機関等で記入してください。

	<u>診療年月</u>				<u>年</u>	月診療	<u>分</u>		
<u>外来</u> 。	入院・調剤・訪問看護区分	<u>1</u> 外来(調剤含む)	2	<u>入院</u>	【日数	<u>日】</u>	<u>3</u>	<u>訪問看護</u>	<u>.</u>
診療 点数・ 療養の	医療機関・調剤 ➡  ※処方箋発行医療機関が 複数の場合は調剤点数内 訳を記載してください。	総診療点数 <u>(</u> <u>点)</u> 本人負担額を右欄へ記入してください。			①総診療点数または総費用額に対する本人負担額(保険対象分のみ)をご記入ください。 公費負担医療分がある場合は、適用後の額をご記入ください。 (本人負担額: 円)  ↓				
の 給付等( 保険 対象 分のみ )	<u></u> 接骨・鍼・灸・マッサージ <u>→</u>	療養費の総費用(			②上記、本人負担額に公費負担医療の本人負担 額が含まれている場合は、公費負担医療の対象 点数、公費負担額、本人負担額、公費法別番号 をご記入ください。				
対象分のみ)	訪問看護療養費 ➡	四     数       総費用額     基本利用料       本人負担額を右欄へ記入してくた。	<u>回</u> 円 円	一覧人にだらい。)	•公費負担	医療の対象 医療の公費 医療の本力 番号 (	費 <u>負担額(</u>		<u>点)</u> 円) 円)
備考	関	限度額適用認定証の 負担割合及び所得区分 (提示があった場合該当する区分を○で囲んでください。) ➡ 医療機関等のコート・番号 (10 桁)	70歳	齢者及	<u>ア</u> 負担割合	3	割 • 2	エ <u>1割</u> <u>1割</u> <u>- 1割</u>	
		医療機関等の 所在地 名 和話番号	〒 <u>TEL</u>						

年 月 日       受給者 住 所 (父、母、養育者の)氏 名       (文、母、養育者の)氏 名       更給者番号       受給者 任 所 (父、母、養育者の)氏 名       更給者面別 (文、母、養育者の)氏 名       要診者氏名等       医 基 別 (建康保険証の発行機関名)       保険者 名 (健康保険証の発行機関名)       保険者 番号	母子・父子家庭医療費助成申請書											
(父、母、養育者の)氏 名       年 月分の母子・父子家庭医療費の助成を下記のとおり申請します。       受給者番号     氏名       受診者氏名等     氏名       期・女(年月日生)       2 国保 3 その他       被保険者証       番号	柴田町長 殿				<u>年</u>	月	日					
年 月分の母子・父子家庭医療費の助成を下記のとおり申請します。         受給者番号       受診者氏名等       氏 名         期・女(年月日生)         管算別 1 社保 2 国保 3 その他         保険者名         (健康保険証の発行機関名)			<u> 受給者</u> <u>住</u>	<u>所</u>								
受給者番号     受診者氏名等     氏名       記号     管 掌 別 1 社保 2 国保 3 その他       被保険者証     番号			(父、母、養育者の)氏	<u>名</u>			<u>FI</u>	<u>)</u>				
受給者番号     受診者氏名等       記号     管 掌 別     1 社保 2 国保 3 その他       被保険者証     番号	年 月分の母子・父子家庭医療費の助成を下記のとおり申請します。											
ご号     管 掌 別     1 社保     2 国保     3 その他       被保険者証     番号     (健康保険証の発行機関名)	<b>马纶</b> 老果早		马診老氏名等	<u>氏</u> 名								
被保険者証     番号       (健康保険証の発行機関名)	<u> 文和日田 7</u>		文形有以有等	<u>男·女(</u>		<u>年</u>	月	日生 )				
<u>後保険者証</u> 番号 <u>(健康保険証の発行機関名)</u>		<u>記号</u>	<u>管 掌 別</u>	1 社保	2	国保	3	<u>その他</u>				
保険者番号	<u>被保険者証</u>	番号	<u> </u>									
			保険者番号									

### ※この欄は医療機関で記入してください。

	外来.	入院等	等の区分	<u> </u>	Ŧ.	月診療分	1	<u>外来</u>	2	入院(入	.院	日)	3	<u>調剤</u>	<u>4</u>	<u>訪問看護</u>
\		<u>診</u>	<u>寮点数</u>				<u>点</u>		注	<u> </u>						
<u>×</u>	<u>療</u>				診療	科名等	<u>注 1 / 診療点数</u> <u>注 1 )診療点数が複数の診療科の合計(</u> 場合)又は、複数の病院の合計(薬局の									
<u>診</u>	<u>養</u>															(楽局の場合)  入してください。
<u>療</u>	<u>න</u>				<u>合</u>	<u>計</u>										
<u>点</u> 数	<u>給</u>	<u>[</u> }	寮養費の	総費月	 <u> </u>			<u>円)</u>		注2)接骨、鍼、灸、マッサージの場合は、療 主2) 養の給付等〔療養費の総費用〕欄に「保険診療 の費用額」を記入願います。						
<u>~</u>   <u>等</u>	<u>付</u>	<u>公</u> 費										公費負担額 円			<u> </u>	
<u> </u>	<u>等</u>	<u>負</u> 担	無・有	(名称	<u>ī:</u>		<u>医療</u> <u>)</u>			自己負担額			<u> </u>			
		<u>訪</u> 問	<u> </u>	分(保险	食対象	<u>ほ分のみ)</u>	<u>回</u>	<u>数</u>	回	総費月	<u> </u>	<u>F</u>	3	基本利	]用料	<u> 円</u>
			療機関コ-	<u>-ド</u>												
<u>医</u>	<u>※</u> <u>療機</u> 名等	<u>住</u> <u>所</u> 名称・氏名													Œ	<u>)</u>

### 以下、町の使用欄です。

	総費用額	保険者負担額	一部負担額	公費負担額	高額・附加	助成対象額	控除金額	助成決定額
療養の給付等								
訪問看護療養費分								
<u>計</u>								

## 別記125 (改正後)

様式第8号(第12条関係)

# 母子,父子家庭医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

柴田町長 殿

> 申請者 住 所 氏 名 連絡先

破損

母子父子家庭医療費受給者証をしたので再交付を申請いたします。

亡 失

再交付を受ける方の氏名を記入してください。

受給	氏		名	続柄	受給者証番号	第	号
者	住		所				
	氏		名	続柄	受給者番号	第	号
	住		所				
児	氏		名	続柄	受給者番号	第	号
童	住		所				
	氏		名	続柄	受給者番号	第	号
	住		所				
破 損	•	亡	失	<b>/</b> →			
年	月		日	年	月日		
破損	•	亡	失				
事			由				

# 別記126 (改正前)

様式第8号(第12条関係)

母子•	父子家庭医療費受給者証再交付申請書

年 月 日

柴田町長 殿

> 申請者 住 所 氏 名 連絡先

破損

母子父子家庭医療費受給者証をしたので再交付を申請いたします。

亡 失

再交付を受ける方の氏名を記入してください。

· 受給	氏		名	続村	FÍ .	受給者証番号	第	号
者	住		所					
	氏		名	続村	5	受給者番号	第	号
	住		所					
児	氏		名	続村	万	受給者番号	第	号
童	住		所					
	氏		名	続村	5	受給者番号	第	号
	住		所					
破 損	•	亡	失					
年	月		日		手	月日		
破 損	•	亡	失					
事			由					

## 別記127 (改正後)

様式第2号(第5条関係)

#### 個人情報開示請求書

年	月	日

実施機関の長 殿

請求者 住 所 氏 名 電話番号 ( ) -

(法人その他の団体にあっては、事務所又は 事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

個人情報の保護に関する法律第77条第1項及び柴田町個人情報保護法施行条例施行規則第5条の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

開示請求に係る 個人情報の内容		
開示の方法	1 閲覧・視聴	2 写しの交付・複製物の供与 3 1及び2
請求者の区分	本人・	代理人・・遺族
個人情報の本人の	本人の状況 (代理人による 請求の場合) 本人との関係	法定代理人 □任意代理人 □未成年者 □成年被後見人 配偶者 (婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関
状況等(代理人又 は遺族による請求	(遺族による請 求の場合)	係と同様の事情にあった者を含む。)・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹
の場合)	本人の住所	
	本人の氏名	
	電 話 番 号	

※ 次の欄には記入しないでください。

本人等の確認	□ 運転免許証 □ マイナンバーカード □ 旅券	
	□ その他 (	
代理資格等の確認	□ 戸籍謄本・抄本 □ 住民票 □委任状 □ その他(	)
担当課(局・所)	電話番号(内線)	
個人情報の特定内容		
備考		

- (1) 請求の際は、本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、旅券等)の提出又は提示が必要です。
- (2) 代理人又は遺族が請求する場合は、(1)の書類のほか本人との関係を証明するために必要な書類(法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を添付した委任状)の提出又は提示が必要です。
- (3) 法人が請求する場合は、本人との関係を証明するために必要な書類及び法人の社員であることを証明する書類(身分証明書等)並びに社員にあっては、法人の委任状の提出又は提示が必要です。
- (4) 個人情報の本人が亡くなっている場合は、「本人の住所」欄に死亡時の住所を、「本人の氏名」欄に亡くなった方の氏名を記入してください。なお、この場合、「電話番号」欄の記入は不要です。

## 別記128 (改正前)

様式第2号(第5条関係)

#### 個人情報開示請求書

左	E,	月	E

実施機関の長 殿

請求者 住 所 氏 名 電話番号 ( ) -

(法人その他の団体にあっては、事務所又は 事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

個人情報の保護に関する法律第77条第1項及び柴田町個人情報保護法施行条例施行規則第5条の規定により、次のとおり個人情報の開示を請求します。

開示請求に係る 個人情報の内容		
開示の方法	1 閲覧・視聴	2 写しの交付・複製物の供与 3 1及び2
請求者の区分	本人・	代理人・・遺族
	本人の状況 (代理人による 請求の場合)	法定代理人 □任意代理人 □   □未成年者 □成年被後見人
個人情報の本人の 状況等 (代理人又 は遺族による請求	本人との関係 (遺族による請 求の場合)	配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。)・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹
の場合)	本人の住所	
	本人の氏名	
	電 話 番 号	

※ 次の欄には記入しないでください。

本人等の確認	□ 運転免許証 □	マイナンバーカード 🛚	] 健康保険被保険者証
	□旅券□□	その他(	)
代理資格等の確認	□ 戸籍謄本・抄本	□ 住民票 □委任状	□ その他( )
担当課(局·所)		電話番号	(内線)
個人情報の特定内容			
備考			

- (1) 請求の際は、本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、 旅券<u>健康保険の被保険者証</u>等)の提出又は提示が必要です。
- (2) 代理人又は遺族が請求する場合は、(1)の書類のほか本人との関係を証明するために必要な書類(法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を添付した委任状)の提出又は提示が必要です。
- (3) 法人が請求する場合は、本人との関係を証明するために必要な書類及び法人の社員であることを証明する書類(身分証明書等)並びに社員にあっては、法人の委任状の提出又は提示が必要です。
- (4) 個人情報の本人が亡くなっている場合は、「本人の住所」欄に死亡時の住所を、「本人の氏名」欄に亡くなった方の氏名を記入してください。なお、この場合、「電話番号」欄の記入は不要です。

### 別記129 (改正後)

様式第3号(第6条関係)

#### 個人情報開示決定通知書

 第
 号

 年
 月

 日

様

実施機関の長

印

年 月 日付けで請求のあった個人情報の開示については、個人情報の保護に関する法律第82条第1項の規定により、次のとおり開示することと決定したので通知します。

開示請求に係る 個人情報の内容					
個人情報の開示の日時	年	月	午 前 <sup>日</sup> 午 後	時	分
個人情報の開示の場所					
担当課(局・所)			電話番号		(内線)
備考					

- (1) 指定された日時が都合の悪い場合は、あらかじめ担当課(局・所)へ御連絡ください。
- (2) 開示を受ける際は、この通知書を提示するとともに本人であることを証明できる書類 (運転免許証、マイナンバーカード、旅券等)を提出し、又は提示してください。
- (3)代理人又は遺族が請求する場合は、(2)の書類のほか、その資格を証明する書類(法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を添付した委任状(個人情報の開示について明記されているもの))を提出し、又は提示してください。

### 別記130(改正前)

様式第3号(第6条関係)

#### 個人情報開示決定通知書

 第
 号

 年
 月

 日

様

実施機関の長

印

年 月 日付けで請求のあった個人情報の開示については、個人情報の保護に関する法律第82条第1項の規定により、次のとおり開示することと決定したので通知します。

開示請求に係る 個人情報の内容				
個人情報の開示の日時	年	月	午 前 <sup>日</sup> 午 後	時 分
個人情報の開示の場所				
担当課(局・所)			電話番号	(內線)
備    考				

- (1) 指定された日時が都合の悪い場合は、あらかじめ担当課(局・所)へ御連絡ください。
- (2) 開示を受ける際は、この通知書を提示するとともに本人であることを証明できる書類 (運転免許証、マイナンバーカード、旅券、健康保険の被保険者証等)を提出し、又は提示 してください。
- (3)代理人又は遺族が請求する場合は、(2)の書類のほか、その資格を証明する書類(法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を添付した委任状(個人情報の開示について明記されているもの))を提出し、又は提示してください。

### 別記131 (改正後)

様式第4号(第6条関係)

#### 個人情報部分開示決定通知書

 第
 号

 年
 月

 日

様

実施機関の長

印

年 月 日付けで請求のあった個人情報の開示については、個人情報の保護に関する法律第82条第1項の規定により、次のとおり一部を除いて開示することと決定したので通知します。

· -			
開示請求に係る			
個人情報の内容			
個人情報の	年 月 日 午前・午後	時	分
開示の日時	中 月 口 干削 计恢	h4.	N
個人情報の			
開示の場所			
一部について個人情 報を開示しない理由	個人情報の保護に関する法律第78条第 号該当		
※上記の理由が なくなる期日	年 月 日		
担当課(局・所)	電話番号	(内線)	
備考			

#### (教示)

- 1 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、実施機関の長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内(この決定についての審査請求を行った場合は、当該審査請求に対する裁決があった日から6か月以内)に、柴田町を被告として仙台地方裁判所にこの決定についての取消しの訴えを提起することができます。
- [注](1) 指定された日時が都合の悪い場合は、あらかじめ担当課(局・所)へ御連絡ください。
  - (2) 開示を受ける際は、この通知書を提示するとともに本人であることを証明できる書類(運転免許証、マイナンバーカード、旅券等)を提出し、又は提示してください。
  - (3) 代理人又は遺族が請求する場合は、(2)の書類のほか、その資格を証明する書類 (法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を 添付した委任状(個人情報の開示について明記されているもの))を提出し、又は提示してください。
  - (4) ※の欄は、一部について個人情報を開示しない理由がなくなる期日をあらかじめ明示することができる場合に記入してありますので、当該期日以降改めて請求してください。

## 別記132 (改正前)

様式第4号(第6条関係)

#### 個人情報部分開示決定通知書

第 号年 月 日

様

実施機関の長

印

年 月 日付けで請求のあった個人情報の開示については、個人情報の保護に関する法律第82条第1項の規定により、次のとおり一部を除いて開示することと決定したので通知します。

開示請求に係る			
個人情報の内容			
個人情報の	年 月 日 午前 · 午後	時	分
開示の日時	中 月 日 十前・十後	нД	73
個人情報の			
開示の場所			
一部について個人情 報を開示しない理由	個人情報の保護に関する法律第78条第 号該当		
※上記の理由が なくなる期日	年 月 日		
担当課(局・所)	電話番号	(内線)	
備考			

#### (教示)

- 1 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、実施機関の長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内(この決定についての審査請求を行った場合は、当該審査請求に対する裁決があった日から6か月以内)に、柴田町を被告として仙台地方裁判所にこの決定についての取消しの訴えを提起することができます。
- [注](1) 指定された日時が都合の悪い場合は、あらかじめ担当課(局・所)へ御連絡ください。
  - (2) 開示を受ける際は、この通知書を提示するとともに本人であることを証明できる書類(運転免許証、マイナンバーカード、旅券、健康保険の被保険者証等)を提出し、又は提示してください。
  - (3) 代理人又は遺族が請求する場合は、(2)の書類のほか、その資格を証明する書類 (法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を 添付した委任状(個人情報の開示について明記されているもの))を提出し、又は提示してください。
  - (4) ※の欄は、一部について個人情報を開示しない理由がなくなる期日をあらかじめ明示することができる場合に記入してありますので、当該期日以降改めて請求してください。

## 別記133 (改正後)

様式第12号(第11条関係)

個人情報訂正請求書

年	月	
4	Н	
1	/ •	_

実施機関の長 殿

請求者 住 所 氏 名 電話番号 ( ) -

(法人その他の団体にあっては、事務所又は 事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

年 月 日付けで開示決定があった個人情報については、個人情報の保護に関する法律第91条第1項の規定により、次のとおり訂正を請求します。

開示を受けた年月日	年	月	日				
開示を受けた 個人情報の内容							
訂正を求める箇所							
訂正を求める内容							
請求者の区分	本 人 ・	代理人	•	遺	族		
	本 人 の 状 況 (代理人による 請求の場合)	法定代理 □未成 □成年	-		任意代理	<b>聖人</b>	
個人情報の本人の状況等(代理人又は遺族による請求	本人との関係 (遺族による請 求の場合)	配偶者(婚 係と同様の 祖父母・兄	事情にあ				
の場合)	本人の住所						
	本人の氏名						
	電 話 番 号						

※ 次の欄には記入しないでください。

本人等の確認	□ 運転免許証 □ マイナンバーカード □ 旅券	
	□ その他 ( )	
代理資格等の確認	□ 戸籍謄本・抄本 □ 住民票 □委任状 □ その他(	)
担当課 (局・所)	電話番号(内線)	
備考		

- (1) 請求の際は、本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、旅券等)の提出又は提示が必要です。
- (2) 代理人又は遺族が請求する場合は、(1)の書類のほか本人との関係を証明するために必要な書類(法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を添付した委任状)の提出又は提示が必要です。
- (3) 法人が請求する場合は、本人との関係を証明するために必要な書類及び法人の社員であることを証明する書類(身分証明書等)並びに社員にあっては、法人の委任状の提出又は提示が必要です。
- (4)個人情報の本人がなくなっている場合は、「本人の住所」欄には死亡時の住所を、「本人の氏名」欄には亡くなっている方の氏名を記入してください。なお、この場合、「電話番号」欄の記入は不要です。

## 別記134 (改正前)

様式第12号(第11条関係)

個人情報訂正請求書

実施機関の長 殿

請求者 住 所 氏 名 電話番号 ( ) -

(法人その他の団体にあっては、事務所又は 事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

年 月 日付けで開示決定があった個人情報については、個人情報の保護に関する法律第91条第1項の規定により、次のとおり訂正を請求します。

開示を受けた年月日	年	月	日		
開示を受けた 個人情報の内容					
訂正を求める箇所					
訂正を求める内容					
請求者の区分	本 人 ・	代理人	•	遺族	
	本 人 の 状 況 (代理人による 請求の場合)	法定代理. □未成 <sup>2</sup> □成年 <sup>2</sup>		□任意代理 <i>)</i>	
個人情報の本人の 状況等(代理人又 は遺族による請求	本人との関係 (遺族による請 求の場合)		事情にあ	. –	が、事実上婚姻関 )・子・父母・孫・
の場合)	本人の住所				
	本人の氏名				
	電 話 番 号				

※ 次の欄には記入しないでください。

本人等の確認	□ 運転免許証 □ マイナンバーカード □ 健康保険被保険者証	
	□ 旅券 □その他( )	
代理資格等の確認	□ 戸籍謄本・抄本 □ 住民票 □委任状 □ その他(	)
担当課 (局・所)	電話番号(内線)	
備考		

- (1) 請求の際は、本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、旅券、健康保険の被保険者証等)の提出又は提示が必要です。
- (2) 代理人又は遺族が請求する場合は、(1)の書類のほか本人との関係を証明するために必要な書類(法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を添付した委任状)の提出又は提示が必要です。
- (3) 法人が請求する場合は、本人との関係を証明するために必要な書類及び法人の社員であることを証明する書類(身分証明書等)並びに社員にあっては、法人の委任状の提出又は提示が必要です。
- (4)個人情報の本人がなくなっている場合は、「本人の住所」欄には死亡時の住所を、「本人の氏名」欄には亡くなっている方の氏名を記入してください。なお、この場合、「電話番号」欄の記入は不要です。

## 別記135 (改正後)

様式第16号(第13条関係)

個人情報利用停止請求書

年 月	日
-----	---

実施機関の長 殿

請求者 住 所 氏 名 電話番号 ( ) -

(法人その他の団体にあっては、事務所又は 事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

年 月 日付けで開示決定があった個人情報について、個人情報の保護に関する 法律第99条第1項の規定により、次のとおり利用停止を請求します。

開示を受けた年月日 年 月 日 明示を受けた個人情報の内容 利用の停止・消 去・提供の停止 利用停止請求の内容 利用の停止・消 去・提供の停止 利用停止請求の理由 諸求者の区分 本 人 ・ 代理人 ・ 遺 族 本 人 の 状 況 (代理人による 請求の場合) 本人との関係 (遺族による請求の場合) 本人との関係 (遺族による請求の場合) 本人との関係 (遺族による請求の場合) 本人との関係 (遺族による請求の場合) 本人の 氏 名 電 話 番 号	>	/ <b>-</b> / / / / -			/ 0
個人情報の内容 利用停止請求の内容 利用停止請求の理由 請求者の区分 本 人 ・ 代理人 ・ 遺 族 本人の状況 (代理人による 請求の場合) に関係 (遺族による請求の場合) に関係 (遺族による請求の場合) に関係 (遺族による請求の場合) に関係 (遺族による請求の場合) に関係 (遺族による請求の場合) に関係 (遺族による請求の場合) なり、子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹 本人の住所 本人の氏名	開示を受けた年月日	年	月	日	
利用停止請求の内容  利用停止請求の理由  請求者の区分  本人・代理人・遺族  本人の状況 (代理人による 請求の場合)  個人情報の本人の 状況等(代理人又 は遺族による請求 の場合)  本人との関係 (遺族による請求 求の場合)  本人の氏名  配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。)・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹					
請求者の区分 本 人 ・ 代理人 ・ 遺 族 本人の状況 (代理人による 請求の場合) 本人との関係 (遺族による請求の場合) 本人との関係 (遺族による請求の場合) 本人の住所 本人の住所 本人の氏名	利用停止請求の内容	利)	甲の停止	• 消	去・提供の停止
本人の状況 (代理人による 請求の場合) 法定代理人 □未成年者 □成年被後見人 本人との関係 (遺族による請求 の場合) 本人の住所 本人の住所 本人の氏名	利用停止請求の理由				
(代理人による 請求の場合) □ 未成年者 □ 成年被後見人 本人との関係 (遺族による請求の場合) 配偶者(婚姻の届出をしていないが、事実上婚姻関係と同様の事情にあった者を含む。)・子・父母・孫・祖父母・兄弟姉妹 本人の住所 本人の氏名	請求者の区分	本人・	代理人		遺族
電話番号	状況等 (代理人又 は遺族による請求	(代理人による 請求の場合) 本人との関係 (遺族による請 求の場合) 本人の住所	□未, □成 <sup>2</sup> 配偶者( 係と同様	成年者 年被後見 婚姻の届 の事情に	人 出をしていないが、事実上婚姻関
		電 話 番 号			

※ 次の欄には記入しないでください。

本人等の確認	□ 運転免許証 □ マイナンバーカード □ 旅券 □ その他 ( )	
代理資格等の確認	□ 戸籍謄本・抄本 □ 住民票 □委任状 □ その他(	)
担当課 (局・所)	電話番号 (内線)	
備考		

- (1)請求の際は、本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、旅券等)の提出又は提示が必要です。
- (2) 代理人又は遺族が請求する場合は、(1) の書類のほか本人との関係を証明するために必要な書類(法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を添付した委任状)の提出又は提示が必要です。
- (3) 法人が請求する場合は、本人との関係を証明するために必要な書類及び法人の社員であることを証明する書類(身分証明書等)並びに社員にあっては、法人の委任状の提出又は提示が必要です。
- (4)個人情報の本人が死者である場合は、「本人の住所」欄には死亡時の住所を、「本人の氏名」欄には死者の氏名を記入してください。なお、この場合、「電話番号」欄の記入は不要です。

## 別記136 (改正前)

様式第16号(第13条関係)

個人情報利用停止請求書

年 月	日
-----	---

実施機関の長 殿

請求者 住 所 氏 名 電話番号 ( ) -

(法人その他の団体にあっては、事務所又は 事業所の所在地、名称及び代表者の氏名)

年 月 日付けで開示決定があった個人情報について、個人情報の保護に関する 法律第99条第1項の規定により、次のとおり利用停止を請求します。

開示を受けた年月日	年	月	日	
開示を受けた				
個人情報の内容				
	利	用の停止 ・	消 :	去 ・提供の停止
利用停止請求の内容				
利用停止請求の理由				
請求者の区分	本人・	代理人	•	遺 族
	本人の状況	法定代理	人	□任意代理人
	(代理人による	□未成	年者	
	請求の場合)	□成年	被後見力	
個人情報の本人の 状況等(代理人又 は遺族による請求 の場合)	本人との関係	配偶者(婚	姻の届出	出をしていないが、事実上婚姻関
	(遺族による請	係と同様の	事情にあ	らった者を含む。)・子・父母・孫・
	求の場合)	祖父母・兄	弟姉妹	
	本人の住所			
	本人の氏名			
	電 話 番 号			

※ 次の欄には記入しないでください。

本人等の確認	□ 運転免許証 □ マイナンバーカード □ <u>健康保険被保険者証</u> □ 旅券 □ ここの他 ( )	
代理資格等の確認	□ 戸籍謄本・抄本 □ 住民票 □委任状 □ その他(	)
担当課 (局・所)	電話番号(内線)	
備考		

- (1)請求の際は、本人であることを証明する書類(運転免許証、マイナンバーカード、旅券、健康保険の被保険者証等)の提出又は提示が必要です。
- (2) 代理人又は遺族が請求する場合は、(1) の書類のほか本人との関係を証明するために必要な書類(法定代理人及び遺族にあっては戸籍謄本等、任意代理人にあっては本人の印鑑証明書を添付した委任状)の提出又は提示が必要です。
- (3) 法人が請求する場合は、本人との関係を証明するために必要な書類及び法人の社員であることを証明する書類(身分証明書等)並びに社員にあっては、法人の委任状の提出又は提示が必要です。
- (4)個人情報の本人が死者である場合は、「本人の住所」欄には死亡時の住所を、「本人の氏名」欄には死者の氏名を記入してください。なお、この場合、「電話番号」欄の記入は不要です。

附 則 この規則は、令和6年12月2日から施行する。