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１１ 様式第５号　別記１３	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４　別記２１	様式第２号の３　別記２０ 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。

改　正　後	改　正　前
様式第１号　別記２３ 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７号　別記３１ 様式第９号　別記３３	様式第１号　別記２４ 様式第４号　別記２６ 様式第５号　別記２８ 様式第６号　別記３０ 様式第７号　別記３２ 様式第９号　別記３４

（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） 第１条　この規則は、国民健康保険法（昭和３３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	（趣旨） 第１条　この規則は、国民健康保険法（昭和３３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

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。	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。
（**資格確認書**の更新） 第８条　**資格確認書**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**資格確認書**の更新時期を変更することができる。	（**被保険者証**の更新） 第８条　**被保険者証**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**被保険者証**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。 ３～４　（略）	（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。 ３～４　（略）
別表　別記４７ **様式第１号**　別記４９ **様式第３号**　別記５１	**別表**　別記４８ **様式第１号**　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

様式第１号　別記５３ 様式第４号　別記５５ 様式第５号　別記５７ 様式第６号　別記５９ 様式第９号　別記６１ 様式第１０号　別記６３ 様式第１１号　別記６５ 様式第１３号　別記６７ 様式第１５号　別記６９ 様式第１７号　別記７１ 様式第１８号　別記７３	様式第１号　別記５４ 様式第４号　別記５６ 様式第５号　別記５８ 様式第６号　別記６０ 様式第９号　別記６２ 様式第１０号　別記６４ 様式第１１号　別記６６ 様式第１３号　別記６８ 様式第１５号　別記７０ 様式第１７号　別記７２ 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。

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

様式第３５号　別記１１５	様式第３５号　別記１１６

（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）

印鑑番号
登録日
照会日

印　鑑　登　録　申　請　書

申請年月日
年　　月　　日

印　　鑑	住　所 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　　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）
□**健康保険資格確認書等**
□**年金手帳等**
□学生証
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿

受付確認

別記２（改正前）
様式第１号（第７条関係）

印鑑番号
登録日
照会日

印　鑑　登　録　申　請　書

申請年月日
年　　月　　日

印　　鑑	住　所 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　　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）
□**健康保険証**
□**年金手帳**
□学生証
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿
＿＿＿＿＿＿＿＿

受付確認

別記３（改正後）

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）
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
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
⑤ 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。

（切り離さないでください）

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　　殿　　年　　月　　日

住所

氏名

生年月日

登　録　印

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。

（切り離さないでください）

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。

様　　年　　月　　日

住所

氏名

生年月日

登　録　印

別記５（改正後）

様式第５号（第７条関係）

印鑑番号	
廃止日	
新印鑑番号	

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

届出年月日　　年　　月　　日

印　　鑑	住　所
改印または印鑑登録証亡失のとき届出印を押印	柴田町
	氏　名
	生年月日　　年　　月　　日

廃止理由

- ☐ 印鑑登録証をなくしたため
- ☐ 登録印鑑をなくしたため
- ☐ 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

注意事項

●代理人の場合は、委任状を提出してください。

〔代 理 人〕　　代理届出の場合、記入してください

住　　所	
氏　　名	
生年月日　　年　　月　　日	

別記６（改正前）

様式第５号（第７条関係）

印鑑番号	
廃止日	
新印鑑番号	

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

届出年月日　　年　　月　　日

印　　鑑	住　所
改印または印鑑登録証亡失のとき届出印を押印	柴田町
	氏　名　　㊞
	生年月日　　年　　月　　日

廃止理由

- ☐ 印鑑登録証をなくしたため
- ☐ 登録印鑑をなくしたため
- ☐ 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

注意事項

●代理人の場合は、委任状を提出してください。

〔代 理 人〕　　代理届出の場合、記入してください

住　　所	
氏　　名	㊞
生年月日	年　　月　　日

別記７（改正後）

様式第８号（第７条関係）

代 理 人 選 任 届

代理人	住　　所	
	氏　　名	生年月日 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

（切り離さないでください）

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》

１　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

代理人	住　　所	
	氏　　名	生年月日 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　　㊞

《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。

（切り離さないでください）

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》

１　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ください。

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	副町長	課　長	補佐（班長）	班員

<table>
<tr><td>受付番号</td><td colspan="2">第　　号</td><td>受付年月日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td>健康保険
記号番号</td><td colspan="2">み柴　　A</td><td>世帯主氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">出産予定
被保険者</td><td rowspan="2">氏名</td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td><td>続　柄</td><td></td></tr>
<tr><td>出産予定日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請時の妊娠週数　　週</td><td>出産・死産日</td><td colspan="3">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="7">出産予定の医療機関の名称
及び所在地</td></tr>
<tr><td colspan="7">出産資金の振込先（世帯主名義預金口座）銀行名等</td></tr>
<tr><td colspan="7">預金の種類　　１　普通　　２　当座　　口座番号</td></tr>
</table>

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	副町長	課　長	補佐（班長）	班員

受付番号	第　　号	受付年月日	年　月　日
被保険者証 記号番号	み柴　　A	世帯主氏名	
住　所			

出産予定被保険者	氏名	生年月日	年　月　日	続　柄	
		出産予定日	年　月　日		
申請時の妊娠週数　　週		出産・死産日	年　月　日		
出産予定の医療機関の名称 及び所在地					
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　　口座番号					

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１１（改正後）

様式第４号（第３条関係）

出　産　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貸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　産　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　　㊞

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　　・　　・　　）

年　月　日	事　　由	増額分	減額分	基金現在高	内訳				
					普通預金	定期預金			計
						3か月	6か月	1 年	

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　　・　　・　　）

年　月　日	事　　由	増額分	減額分	基金現在高	内訳					検認印
					普通預金	定期預金			計	
						3か月	6か月	1 年		

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。

健　康　保　険		記 号		番 号		氏 名	
住　　所		柴田町					
被保険者及び被扶養者		続 柄		氏 名		生 年 月 日	
保険者	名　称	柴　田　町					
	所在地	宮城県柴田郡柴田町船岡中央二丁目３番４５号					
医療機関	名　称						
	所在地						

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。

被保険者証		記号		番号		氏名	
住所		柴田町					
被保険者及び被扶養者		続柄		氏名		生年月日	
保険者	名称	柴　田　町					
	所在地	宮城県柴田郡柴田町船岡中央二丁目３番４５号					
医療機関	名称						
	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			万	千	百	十	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

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	十	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　　㊞

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　店　名	
口座の種類	普　通・当　座	口　座　番　号	
預金者の氏名			

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　　㊞

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　店　名	
口座の種類	普　通・当　座	口　座　番　号	
預金者の氏名			

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、下記の金額について領収しました。

記

1　患者　住　所　　柴田町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　領収金額＿＿＿＿＿＿円

内訳

一部負担金額	食事代・その他
円	円

※領収金額は、請求金額の内、貸付予定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　　㊞

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、下記の金額について領収しました。

記

1　患者　住　所　　柴田町＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　領収金額＿＿＿＿＿＿円

内訳

一部負担金額	食事代・その他
円	円

※領収金額は、請求金額の内、貸付予定額以外の金額になります。

年　　月　　日

医療機関名　　印

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２３（改正後）

様式第１号（第５条関係）

子ども医療費受給資格登録（更新）申請書

年　　月　　日

柴田町長　　殿

申請者　住　所

氏　名

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☑をいれてください。）	チェック欄 ☐ 申請に係る子どもの医療費助成受給資格の確認を行うため、町が当該子どもの保護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。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。

保護者	フリガナ		子どもとの続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所	（TEL　　）		勤務先	（TEL　　）		
	フリガナ		子どもとの続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所	（TEL　　）		勤務先	（TEL　　）		
子ども	フリガナ		保護者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	① 氏　名			個人番号			
	住　所						
	フリガナ		保護者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	② 氏　名			個人番号			
	住　所						
	フリガナ		保護者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	③ 氏　名			個人番号			
	住　所						

健康保険	被保険者氏名		記号・番号		
	健康保険の種別	国保　・　協会健保　・　組合　・　船員　・　共済　・　その他			
	保険者	名　称		資格取得年月日	年　月　日
		所在地		附加給付　※1	有　・　無

上記の子どもの医療費助成について、下記口座へ振込みされることを承諾します。

振込希望金融機関名 銀行　　本店・支店	口座番号　普通・当座 No.	口座名義（フリガナ）

処理事項※2	受給資格適否	適　・　否	（否の理由）	
	受給者番号	①	②	③

（注）　※1の「附加給付」欄が「有」の場合は、勤務先から右上欄に附加給付の証明もらってください。

※2の「処理事項」欄は、記入する必要がありません。

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）

子ども医療費受給資格登録（更新）申請書

年　　月　　日

柴田町長　　殿

申請者　住　所

氏　名　　㊞

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☑をいれてください。）	チェック欄 ☐ 申請に係る子どもの医療費助成受給資格の確認を行うため、町が当該子どもの保護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。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。

保護者	フリガナ		子どもとの続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所	（TEL　　）		勤務先	（TEL　　）		
	フリガナ		子どもとの続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所	（TEL　　）		勤務先	（TEL　　）		
子ども	フリガナ		保護者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	① 氏　名			個人番号			
	住　所						
	フリガナ		保護者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	② 氏　名			個人番号			
	住　所						
	フリガナ		保護者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	③ 氏　名			個人番号			
	住　所						

加入医療保険	被保険者氏名		記号・番号		
	健康保険の種別	国保　・　協会健保　・　組合　・　船員　・　共済　・　その他			
	保険者	名　称		資格取得年月日	年　月　日
		所在地		附加給付　※1	有　・　無

上記の子どもの医療費助成について、下記口座へ振込みされることを承諾します。

振込希望金融機関名 銀行　　本店・支店	口座番号　普通・当座 No.	口座名義（フリガナ）

処理事項※2	受給資格適否	適　・　否	（否の理由）	
	受給者番号	①	②	③

（注）　※1の「附加給付」欄が「有」の場合は、勤務先から右上欄に附加給付の証明もらってください。

※2の「処理事項」欄は、記入する必要がありません。

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２５（改正後）

様式第４号（第７条関係）

（表）

<table>
<tr><td colspan="4">子ども医療費助成受給者証</td></tr>
<tr><td colspan="2">入　院　外</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">入　　院</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">子ども</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">有効期間</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">発行者
及び印</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">交付年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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。

（裏）

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）～（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）

<table>
<tr><td colspan="4">子ども医療費助成受給者証</td></tr>
<tr><td colspan="2">入　院　外</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">入　　院</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">公費負担者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">子ども</td><td>住　　所</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">有効期間</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">発行者
及び印</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">交付年月日</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

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。

（裏）

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）～（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

情報の閲覧等に関する同意の確認（同意の場合は☑をいれてください。）	チェック欄 ☐ 届出に係る子どもの医療費助成受給資格の確認を行うため、町が当該子どもの受給者の地方税に関する情報を閲覧等することに同意します。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。

受給者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
			個人番号	
	住　　所	（TEL　　－　　－　　）		
子ども	受給者証番号		個人番号	
	氏　　名		生年月日	
	受給者証番号		個人番号	
	氏　　名		生年月日	
	受給者証番号		個人番号	
	氏　　名		生年月日	

変更事項　※変更部分のみ記載	変 更 事 由			
	区　　分		新	旧
	氏　　名			
	住　　所			
	健康保険	保 険 者 名		
		記号・番号		
		被保険者氏名		
		附加給付内容		
	振込口座	金融機関名		
		支　店　名		
		口 座 番 号		
		（カタカナ）口座名義人		
	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

情報の閲覧等に関する同意の確認（同意の場合は☑をいれてください。）	チェック欄 ☐ 届出に係る子どもの医療費助成受給資格の確認を行うため、町が当該子どもの受給者の地方税に関する情報を閲覧等することに同意します。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。

受給者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日
			個人番号	
	住　　所	（TEL　　－　　－　　）		
子ども	受給者証番号		個人番号	
	氏　　名		生年月日	
	受給者証番号		個人番号	
	氏　　名		生年月日	
	受給者証番号		個人番号	
	氏　　名		生年月日	

変更事項　※変更部分のみ記載	変更事由			
	区　　分		新	旧
	氏　　名			
	住　　所			
	加入医療保険	保険者名		
		記号・番号		
		被保険者氏名		
		附加給付内容		
	振込口座	金融機関名		
		支店名		
		口座番号		
		（カタカナ）口座名義人		
	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

<table>
<tr><td rowspan="5">受給者</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="2"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td>加入保険</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">子ども</td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td>住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>返納の理由</td><td colspan="5">１　助成期間終了
２　転出（転出先　　）
３　死亡
４　その他（　　）</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

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

受給者	氏　　名		生年月日	年　月　日	
	住　　所			続　柄	
	加入保険				
	記号・番号				
	保険者名				
子ども	氏　　名		生年月日	年　月　日	
	住　　所				
返納の理由	１　助成期間終了 ２　転出（転出先　　） 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

別記３１（改正後）

様式第７号（第１０条関係）

子ども医療費助成申請書

柴田町長　（あて）

申請日　　年　　月　　日

●　　年　　月分の子ども医療費の助成を以下のとおり申請します。

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　日生

健康保険	健康保険の種別	1社会保険等➡	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。）
記号		2柴田町国保	・全国健康保険協会 ・健保組合（名称：　　） ・共済組合（名称：　　） ・国保組合（名称：　　） ・その他（名称：　　）
番号		3後期高齢	

▼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		
外来・入院・調剤・訪問看護区分		1 外来（調剤含む）	2 入院【日数　日】	3 訪問看護
診療点数・療養の給付等（保険対象分のみ）	医療機関・調剤 ➡	総診療点数（　点） 本人負担額を右欄へ記入してください。	保険対象分の本人負担額等（必ずご記入ください。）	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） ⇩
	※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。➡			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。
	接骨・鍼・灸・マッサージ ➡	療養費の総費用（　円） この欄に保険診療の総費用額を記入し、本人負担額を右欄へ記入してください。		・公費負担医療の対象点数（　点） ・公費負担医療の公費負担額（　円） ・公費負担医療の本人負担額（　円）
	訪問看護療養費 ➡	回数　回 総費用額　円 基本利用料　円 本人負担額を右欄へ記入してください。		・公費法別番号（　番）

備考欄	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。）➡	ア・イ・ウ・エ・オ
	医療機関等のｺｰﾄﾞ番号（10 桁）	
	医療機関等の所在地 名称 電話番号	〒 TEL

別記３２（改正前）

様式第７号（第１０条関係）

子ども医療費助成申請書

年　　月　　日

柴田町長　　殿

受給者	住　所			
	氏　名	㊞	ＴＥＬ	―

年　　月分の子ども医療費を下記のとおり申請します。

子　ど　も	受　給　者　番　号					
	氏名		生年月日	年　　月　　日生		
被保険者証	記号		番号		１ 社保	２ 国保
保険証の発行機関名			保険者番号			

※	診　療　年　月		年　　月　診療		
	診　療　区　分		１ 外来	２ 入院（　　日）	３ 訪問看護
診療点数等	療養の給付分〔柔道整復師補装具等注１参照〕		診療点数　　点 〔療養費の総費用　　円〕		
	訪問看護療養分（保険対象分のみ）		回　　数　　回 総　費　用　　円 基本利用料　　円		
診療点数及び医療機関名	下欄は該当者のみ記入ください。 育成医療等その他の公費負担医療を受給している方については、その名称と支払った負担額を必ず記入してください。 名称　　医療　公費負担額　　円　自己負担額　　円				
	医療機関	コ ー ド			
		住所 名称 氏名	㊞ ＴＥＬ（　　）　―		

【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

受給者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日	
	住　　所			続柄	
	加入保険				
	記号・番号				
	保険者名				
子ども	氏　　名		生年月日	年　　月　　日	
	住　　所				

子ども医療費受給者証を き損／亡失 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

受給者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日	
	住　　所			続柄	
	加入保険				
	記号・番号				
	保険者名				
子ども	氏　　名		生年月日	年　　月　　日	
	住　　所				

子ども医療費受給者証を き損／亡失 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３５（改正後）

様式第１号（第５条関係）

障害者医療費受給資格登録（更新）申請書

年　　月　　日

柴田町長　　様

申請書　住　　所

氏　　名

電話番号（　　-　　-　　）

情報の閲覧等に関する同意の確認（同意する場合は☑を入れてください。）	チェック欄 ☐ 申請に係る障害者医療費助成受給資格の確認を行うため、町が障害者、当該障害者の保護者及び扶養義務者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。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。

保護者	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	（TEL　　）		勤務先	（TEL　　）		
	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	（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　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所						
配偶者・扶養義務者	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						
	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						
	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						

健康保険	被保険者 世帯主	氏　名		記　号・番　号		
	健康保険の種別	後期　・　国保　・　国保組合　・　全国健康保険協会　・　健保組合　・　共済　・　（　　）				
	保険者	名　称		資格取得年月日	年　月　日	
		所在地		附加給付※１	有　・　無	

上記の者の障害者医療費助成について、下記口座へ振込みされることを承諾します。

振込希望金融機関名 銀行　　本店 金庫　　支店	口座番号　普通・当座	口座名義（フリガナ）

処理事項※２	受給資格適否	適　・　否	（否の理由）
	受給者番号		

注）　※１の「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。

※２の「処理事項」欄は、記入する必要がありません。

（表）

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

助成対象者の前年（又は全々年）の所得額	総所得金額	円	控除額・免除額	社会保険料控除相当額	円
	退職所得金額			雑損控除額	
	山林所得金額			医療費控除額	
	土地等に係る事業所得等の金額			小規模企業共済等掛金控除額	
	長期譲渡所得金額			配偶者控除特別控除額	
	短期譲渡所得金額			障害者控除額	
	先物取引に係る雑所得等の金額			寡婦控除・ひとり親控除・勤労学生控除額	
	計（A）			事業所得に対する道府県民税の免除に相当する額	
				計（B）	

控除後の所得額　＝　(A)　－　(B)　＝　円

助成対象者の同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人	うち同一生計配偶者のうち７０歳以上の者の数又は老人扶養親族の数	人
		うち特定扶養親族の数	人

（裏）

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３６（改正前）

様式第１号（第５条関係）

障害者医療費受給資格登録（更新）申請書

年　　月　　日

柴田町長　　様

申請書　住　　所

氏　　名　　印

電話番号（　　-　　-　　）

情報の閲覧等に関する同意の確認（同意する場合は☑を入れてください。）	チェック欄 ☐ 申請に係る障害者医療費助成受給資格の確認を行うため、町が障害者、当該障害者の保護者及び扶養義務者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。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。

保護者	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	（TEL　　）		勤務先	（TEL　　）		
	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	（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　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所						
配偶者・扶養義務者	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						
	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						
	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						

加入医療保険	被保険者 世帯主	氏　名		記　号・番　号		
	健康保険の種別	後期 ・ 国保 ・ 国保組合 ・ 全国健康保険協会 ・ 健保組合 ・ 共済 ・ （　　）				
	保険者	名　称		資格取得年月日	年　月　日	
		所在地		附加給付※１	有 ・ 無	

上記の者の障害者医療費助成について、下記口座へ振込みされることを承諾します。

振込希望金融機関名 銀行　　本店・支店	口座番号　普通・当座	口座名義（フリガナ）

処理事項※２	受給資格適否	適 ・ 否	（否の理由）
	受給者番号		

注）　※１の「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。

※２の「処理事項」欄は、記入する必要がありません。

（表）

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

助成対象者の前年（又は全々年）の所得額	総所得金額	円	控除額・免除額	社会保険料控除相当額	円
	退職所得金額			雑損控除額	
	山林所得金額			医療費控除額	
	土地等に係る事業所得等の金額			小規模企業共済等掛金控除額	
	長期譲渡所得金額			配偶者控除特別控除額	
	短期譲渡所得金額			障害者控除額	
	先物取引に係る雑所得等の金額			寡婦控除・ひとり親控除・勤労学生控除額	
	計（A）			事業所得に対する道府県民税の免除に相当する額	
				計（B）	

控除後の所得額　＝　(A)　－　(B)　＝　円

助成対象者の同一生計配偶者及び扶養親族の合計数	人	うち同一生計配偶者のうち７０歳以上の者の数又は老人扶養親族の数	人
		うち特定扶養親族の数	人

（裏）

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）

<table>
<tr><td colspan="5">障害者医療費受給者証</td></tr>
<tr><td colspan="3">受　給　者　証　番　号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受給者</td><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">有　効　期　間</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">発　行　者
及　び　印</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">交　付　年　月　日</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

（裏）

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。

〇個人病院・院外薬局・・・１か月に１枚

〇総合病院・・・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。

〇住所・振込口座・健康保険・氏名を変更したとき。

〇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　　―

別記３８（改正前）

様式第４号（第７条関係）

（表）

<table>
<tr><td colspan="5">障害者医療費受給者証</td></tr>
<tr><td colspan="2">受　給　者　証　番　号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">受給者</td><td>住　　所</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td></td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>性別</td><td></td></tr>
<tr><td>生　年　月　日</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">有　効　期　間</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">発　行　者
及　び　印</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">交　付　年　月　日</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

（裏）

注　意　事　項

1　診療を受けるときは、病院窓口に**健康保険証と一緒に**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。

〇個人病院・院外薬局・・・１か月に１枚

〇総合病院・・・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。

〇住所・振込口座・健康保険・氏名を変更したとき。

〇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　　―

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

情報の閲覧等に関する同意の確認（同意する場合は☑を入れてください。）		チェック欄 □ 届出に係る障害者医療費助成受給資格の確認を行うため、町が障害者、当該障害者の保護者及び扶養義務者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。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。						
受給者	氏　　名		障害者との続柄	生年月日	年　月　日		性別	男・女
				個人番号				
	住　　所	（TEL　　）			勤務先	（TEL　　）		
障害者	受給者番号		受給者との続柄	生年月日	年　月　日		性別	男・女
	氏　　名			個人番号				
	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
	住所			
健康保険	記号・番号			年　月　日
	保険者名			年　月　日
	被保険者名			年　月　日
	附加給付内容			年　月　日
口座	金融機関名			年　月　日
	支店名			
	預金種別			
	口座番号			
	フリガナ 口座名義			

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４０（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

情報の閲覧等に関する同意の確認（同意する場合は☑を入れてください。）		チェック欄 □ 届出に係る障害者医療費助成受給資格の確認を行うため、町が障害者、当該障害者の保護者及び扶養義務者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。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。						
受給者	氏　　名		障害者との続柄	生年月日	年　月　日		性別	男・女
				個人番号				
	住　　所	（TEL　　）			勤務先	（TEL　　）		
障害者	受給者番号		受給者との続柄	生年月日	年　月　日		性別	男・女
	氏　　名			個人番号				
	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
	住所			
加入医療保険	記号・番号			年　月　日
	保険者名			年　月　日
	被保険者名			年　月　日
	附加給付内容			年　月　日
口座	金融機関名			年　月　日
	支店名			
	預金種別			
	口座番号			
	フリガナ 口座名義			

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

別記４１（改正後）
様式第６号（第９条関係）

障害者医療費受給者証返納届出書

<table>
<tr><td rowspan="2">受給者</td><td>受給者証番号</td><td></td><td>氏名</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3"></td><td>障害者との続柄</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害者</td><td>氏　名</td><td colspan="3"></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>返納の理由</td><td colspan="6">１　助成期間終了（終了日：　年　月　日）
２　転　出（転出日：　年　月　日）
転出先（　）
３　死　亡（死亡日：　年　月　日）
４　その他（　）</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="6">（受給者死亡時のみ）
死亡に伴い、上記受給者への今後発生する可能性がある障害者医療費助成については、下記口座に振り込みされることを承諾します。
<table><tr><td>金融機関名</td><td>銀行
金庫</td><td>本店・支店名</td><td>本店
支店</td></tr><tr><td>口座種別</td><td>普通　・　当座</td><td>口座番号</td><td></td></tr><tr><td>フリガナ</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td>口座名義</td><td colspan="3"></td></tr></table></td></tr>
</table>

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

住　所
（受給者又は届出者）
氏　名
（受給者との続柄：　　）
連絡先

別記４２（改正前）

様式第６号（第９条関係）

障害者医療費受給者証返納届出書

受給者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日	
	住　　所			続　柄	
	加入保険				
	記号・番号				
	保険者名				
障害者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日	
	住　　所				
返納の理由		１　助成期間終了 ２　転出（転出先　　） ３　死亡 ４　その他（　　）			
備考					

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

住　所

受給者

氏　名　　㊞

別記４３（改正後）

様式第７号（第１０条関係）

障害者医療費助成申請書

柴田町長　（あて）

申請日　　年　　月　　日

●障害者医療費の助成を以下のとおり申請します。

受給者住所		受給者氏名	
受給者証番号（６桁）		障害者氏名	
		障害者生年月日	年　月　日　生

健康保険	健康保険の種別	１社会保険等➡	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。）
記号		２柴田町国保	・全国健康保険協会 ・健保組合（名称：　　）
番号		３後期高齢	・共済組合（名称：　　） ・国保組合（名称：　　） ・その他（名称：　　）

▼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		
外来・入院・調剤・訪問看護区分		１　外来（調剤含む）	２　入院【日数　　日】	３　訪問看護
診療点数・療養の給付等（保険対象分のみ）	医療機関・調剤 ➡	総診療点数（　　点） 本人負担額を右欄へ記入してください。	保険対象分の本人負担額等（必ずご記入ください。）	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） ⇩
	※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。 ➡			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。
	接骨・鍼・灸・マッサージ ➡	療養費の総費用（　　円） この欄に保険診療の総費用額を記入し、本人負担額を右欄へ記入してください。		・公費負担医療の対象点数（　　点） ・公費負担医療の公費負担額（　　円） ・公費負担医療の本人負担額（　　円） ・公費法別番号（　　番）
	訪問看護療養費 ➡	回数　　回 総費用額　　円 基本利用料　　円 本人負担額を右欄へ記入してください。		

備考欄	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。）➡	７０歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ
		前期高齢者及び後期高齢者	負担割合　３割・２割・１割
			区分　現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ・一般・低Ⅰ・低Ⅱ
	医療機関等のｺｰﾄﾞ番号（10桁）		
	医療機関等の所在地 名称 電話番号		

整理番号	

別記４４（改正前）

様式第７号（第１０条関係）

（国保連合会行）

障害者医療費助成申請書

年　　月　　日

柴田町長　　殿

受給者	住　所	
	氏　名	㊞

●　障害者医療費を、下記のとおり申請します。

障害者	受給者番号				
	氏名	（男・女）	年　　月　　日生		
被保険者証	記号	番号	１ 社保	２ 国保	３ 後期高齢者
	管掌別保険者名（健康保険証の発行機関名）				

＊ 診療点数等及び医療機関名	診療年月		年　　月　診療		
	診療区分		１ 外来	２ 入院　日	３ 訪問看護
	診療点数等	療養の給付等［注１参照］	診療点数　点 ［療養費の総費用　円］		
		訪問看護療養分（保険対象分のみ）	回数　回 総費用　円 基本利用料　円		
	高齢者の医療の確保に関する法律（６５歳以上）による本人負担額				
	※　下欄は該当者のみ記入してください。更生医療等その他の公費負担医療費を受給している方については、その名称と支払った負担金を必ず記入してください。 名称　　医療　公費負担額　　円　自己負担額　　円				
	医療機関	コード			
		住所 名称	㊞		

＊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。

Ｋ区分	
整理番号	

注１　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。

注２　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

<table>
<tr><td rowspan="5">受給者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2"></td><td>続　柄</td><td></td></tr>
<tr><td>加入保険</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>記号・番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>保険者名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">障害者</td><td>氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

上記の障害者医療費助成受給者証を　き損／亡失　したので再交付を申請します。

年　　月　　日

柴田町長　　殿

受給者　住　所

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

受給者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日	
	住　　所			続　柄	
	加入保険				
	記号・番号				
	保険者名				
障害者	氏　　名		生年月日	年　　月　　日	
	住　　所				

上記の障害者医療費助成受給者証を き損／亡失 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	減免の基準	減免割合等	申請期間	摘要
第９条第１号に該当する場合	１　震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、被保険者等の所有に係る住宅、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３，０００，０００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４，５００，０００円以下であるとき。 （６）　損害金額がその住宅、家財又はその他の財産の価格の１０分の３以上１０分の	（略）	（略）	（略）

	５未満で、合算合計所得金額が４，５００，０００円を超えるとき。			
	（略）	（略）		
第９条第２号に該当する場合	被保険者等が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、その他、これに類する理由によって減収し、その損失額の合計額（**農業保険法**（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３，０００，０００円以下であるとき。 （２）　合算合計所得金額が４，０００，０００円以下であるとき。 （３）　合算合計所得金額が５，５００，０００円以下であるとき。 （４）　合算合計所得金額が７，５００，０００円以下であるとき。 （５）　合算合計所得金額が７，５００，０００円を超えるとき。	（略）	（略）	（略）
第９条第３号に該当する場合	（略）	（略）	（略）	（略）
第９条第４号に該当する場合	**第９条第１号から第３号まで**に掲げる事由に類するものとして町長が特に認めるとき。	（略）	（略）	（略）

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条各号に該当する場合	（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	減免の基準	減免割合等	申請期間	摘要
第９条第１項第１号に該当する場合	１　震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、被保険者等の所有に係る住宅、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てん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３，０００，０００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４，５００，０００円以下であるとき。 （６）　損害金額がその住宅、家財又はその他の財産の価格の１０分の３以上１０分の	（略）	（略）	（略）

	５未満で、合算合計所得金額が４，５００，０００円を超えるとき。			
	（略）	（略）		
第９条第１項第２号に該当する場合	被保険者等が、干ばつ、冷害、凍霜害等による農作物の不作、その他、これに類する理由によって減収し、その損失額の合計額（**農業災害補償法**（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３，０００，０００円以下であるとき。 （２）　合算合計所得金額が４，０００，０００円以下であるとき。 （３）　合算合計所得金額が５，５００，０００円以下であるとき。 （４）　合算合計所得金額が７，５００，０００円以下であるとき。 （５）　合算合計所得金額が７，５００，０００円を超えるとき。	（略）	（略）	（略）
第９条第１項第３号に該当する場合	（略）	（略）	（略）	（略）
第９条第１項第４号に該当する場合	**第９条第１項第１号**から第３号までに掲げる事由に類するものとして町長が特に認めるとき。	（略）	（略）	（略）

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項各号に該当する場合	（略）	（略）

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

<table>
<tr><td colspan="2">健康保険の記号番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の氏名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の個人番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の生年月日</td><td colspan="3">昭・平・令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主との続柄</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td></td><td>発病又は負傷年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>減免等</td><td colspan="4">減免割合（　　）・免　　除・徴収猶予</td></tr>
<tr><td>減免等の期間</td><td colspan="4">年　　月　　日から
年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>申請事由</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

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

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者証の記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の個人番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の生年月日</td><td colspan="4">明・大・昭・平・令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主との続柄</td><td></td><td>職　業</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>傷 病 名</td><td colspan="2"></td><td>発病又は負傷年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>減 免 等</td><td colspan="5">減免割合（　　）・免　　除・徴 収 猶 予</td></tr>
<tr><td>減免等の期　間</td><td colspan="5">年　　月　　日から
年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>申請事由</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

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

<table>
<tr><td colspan="2">健康保険の記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主の住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主の氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の生年月日</td><td colspan="4">昭・平・令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主との続柄</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="2"></td><td>発病又は負傷年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>減免等</td><td colspan="5">減免割合（　　）・免　　除・徴収猶予</td></tr>
<tr><td>減免等の期間</td><td colspan="5">年　　月　　日から
年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>申請事由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり証明します。
年　　月　　日
柴田町長　　印</td></tr>
</table>

（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

<table>
<tr><td colspan="2">被保険者証の記号番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主の住所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主の氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の氏名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">療養の給付を受ける者の生年月日</td><td colspan="4">明・大・昭・平・令　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">世帯主との続柄</td><td></td><td>職　業</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>傷病名</td><td colspan="2"></td><td>発病又は負傷年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>減免等</td><td colspan="5">減免割合（　　）・免　　除・徴収猶予</td></tr>
<tr><td>減免等の期間</td><td colspan="5">年　　月　　日から
年　　月　　日まで</td></tr>
<tr><td>申請事由</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり証明します。
年　　月　　日
柴田町長　　印</td></tr>
</table>

（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

柴田町長　　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名	個人番号：		
	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
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
健康保険の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)			

※「**健康保険**の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□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

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	□　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。 （あてはまるものに〇をつける。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 ３　市町村民税課税世帯（所得割２８万円未満）に属する者
	□　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。 （あてはまるものに〇をつける。） １　第２子に該当する者 ２　第３子以降に該当する者 ※　在園証明等が必要となります。
	□　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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

別記５４（改正前）

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

柴田町長　　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名	印 個人番号：		
	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
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□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　　印

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	□　Ⅰ　負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） １　生活保護受給世帯 ２　市町村民税非課税世帯に属する者 ３　市町村民税課税世帯（所得割２８万円未満）に属する者
	□　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 ※　在園証明等が必要となります。
	□　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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

別記５５（改正後）

様式第４号（第５条関係）

(一)

通所受給者証		
受給者証番号		
通所給付決定保護者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び　印		

(二)

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
特記事項欄 ・放課後等デイサービス指標該当　有・無	
予備欄	

(三)

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
特記事項欄 ・放課後等デイサービス指標該当　有・無	
予備欄	

（四）

障害児相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月　日から　　年　月　日まで
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（五）

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	円
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄 ・第2子（第3子以降）軽減対象児童	
予備欄	

（六）

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
1	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	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
2	事業者及びその事業所の名称	
	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	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
3	事業者及びその事業所の名称	
	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	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

（七）

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
4	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	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
5	事業者及びその事業所の名称	
	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	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
6	事業者及びその事業所の名称	
	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	年　月　日
	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）

(一)

通所受給者証		
受給者証番号		
通所給付決定保護者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び　印		

(二)

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
特記事項欄 ・放課後等デイサービス指標該当　有・無	
予備欄	

(三)

障害児通所給付費の給付決定内容	
支援の種類	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
特記事項欄 ・放課後等デイサービス指標該当　有・無	
予備欄	

（四）

障害児相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月　日から　　年　月　日まで
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（五）

利用者負担に関する事項		
負担上限月額	円	
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで	
食事提供体制加算対象者		
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで	
利用者負担上限額管理対象者該当の有無		
利用者負担上限額管理事業所名		
特記事項欄 ・第2子（第3子以降）軽減対象児童		
予備欄		

（六）

番号	障害児通所支援事業者記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日	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		
2	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日	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		
3	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日	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		

（七）

番号	障害児通所支援事業者記入欄		
4	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日	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		
5	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日	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		
6	事業者及びその事業所の名称		
	支援の内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日	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）

肢体不自由児通所医療受給者証				
公費負担者番号				
公費受給者番号				
通所給付決定保護者	フリガナ			
	居住地			
	フリガナ		生年月日	
	氏　　名		年　月　日	
	健康保険の記号及び番号		保険者名及び番号	
負担上限月額	肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）	月額　　円		
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで			
交付年月日	年　月　日			
支給市町村名及び印				

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　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）

肢体不自由児通所医療受給者証

公費負担者番号					
公費受給者番号					
通所給付決定保護者	フリガナ				
	居住地				
	フリガナ		生年月日		
	氏　　名		年　月　日		
	被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号		
負担上限月額	肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）	月額　　円			
適用期間	年　月　日から　　年　月　日まで				
交付年月日	年　月　日				
支給市町村名及び印					

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。

2　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**及び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

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名	個人番号：		
	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
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
健康保険の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)			

※「**健康保険**の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□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

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	□　Ⅰ　負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） １　生活保護受給世帯 ２　市町村民税非課税世帯に属する者 ３　市町村民税課税世帯（所得割２８万円未満）に属する者
	□　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 ※　在園証明等が必要となります。
	□　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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

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

柴田町長　　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名	印 個人番号：		
	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
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号	
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□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　　印

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

申請する減免の種類	□　Ⅰ　負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） １　生活保護受給世帯 ２　市町村民税非課税世帯に属する者 ３　市町村民税課税世帯（所得割２８万円未満）に属する者
	□　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 ※　在園証明等が必要となります。
	□　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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

別記６１（改正後）

様式第９号（第９条関係）

申請内容変更届出書

柴田町長　　様

年　　月　　日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

また、申請に係る内容変更の確認を行うため、町担当職員が申請者及び同居家族の住民情報を閲覧することに同意します。

フリガナ 給付決定保護者氏名	個人番号：	生年月日	年　　月　　日
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る児童氏名	個人番号：	続柄	
		生年月日	年　　月　　日

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

変更事項（該当に○をして下さい。）	給付決定保護者に関すること	①氏名　②居住地　③連絡先
	利用者である児童に関すること	④氏名　⑤居住地　⑥連絡先　⑦保護者との続柄
	そ　の　他	
変更内容	変更前	
	変更後	

別記６２（改正前）

様式第９号（第９条関係）

申請内容変更届出書

柴田町長　　様

年　　月　　日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

また、申請に係る内容変更の確認を行うため、町担当職員が申請者及び同居家族の住民情報を閲覧することに同意します。

フリガナ 給付決定保護者氏名	印 個人番号：	生年月日	年　　月　　日
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る児童氏名	個人番号：	続柄	
		生年月日	年　　月　　日

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

変更事項（該当に〇をして下さい。）	給付決定保護者に関すること	①氏名　②居住地　③連絡先
	利用者である児童に関すること	④氏名　⑤居住地　⑥連絡先　⑦保護者との続柄
	そ　の　他	
変更内容	変更前	
	変更後	

別記６３（改正後）

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

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	１　通所受給者証 ２　肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ 給付決定保護者氏名	個人番号：	生年月日	年　　月　　日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る児童氏名	個人番号：	続柄	
		生年月日	年　　月　　日

申請書提出者	□給付決定保護者（本人）　□給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名		本人との関係	
住所	〒 電話番号		

申請の理由	１　汚損　　２　紛失　　３　その他 （具体的な状況　　）

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）

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

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	１　通所受給者証 ２　肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ 給付決定保護者氏名	印 個人番号：	生年月日	年　　月　　日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 給付決定に係る児童氏名	個人番号：	続柄 生年月日	年　　月　　日

申請書提出者	□給付決定保護者（本人）　□給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名	印	本人との関係	
住所	〒 電話番号		

申請の理由	１　汚損　　２　紛失　　３　その他 （具体的な状況　　）

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）

別記６５（改正後）

様式第１１号（第１１条関係）

特例障害児通所給付費支給申請書

【　　年　　月分】

柴田町長　　殿

年　　月　　日

下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所給付費の支給を申請します。

フリガナ			受給者証番号		
申請者氏名					
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		生年月日	年　　月　　日	続柄	
給付決定に係る児童氏名					
特例障害児通所給付費　請求額	円				

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

上記に関する特例障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

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

（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

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考

別記６６（改正前）

様式第１１号（第１１条関係）

特例障害児通所給付費支給申請書

【　　年　　月分】

柴田町長　　殿

年　　月　　日

下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所給付費の支給を申請します。

フリガナ			受給者証番号		
申請者氏名	印				
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		生年月日	年　　月　　日	続柄	
給付決定に係る児童氏名					
特例障害児通所給付費　請求額	円				

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名	印		
住所	〒 電話番号		

上記に関する特例障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

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

（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

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考

別記６７（改正後）

様式第１３号（第１４条関係）

通所給付決定特例適用申請書

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。

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	通所給付決定保護者氏名		通所受給者証番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
通所給付決定に係る児童氏名			続柄	
申請理由				

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		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

別記６８（改正前）

様式第１３号（第１４条関係）

通所給付決定特例適用申請書

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。

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	通所給付決定保護者氏名	印	通所受給者証番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
通所給付決定に係る児童氏名			続柄	
申請理由				

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		申請者との関係	
氏名	印		
住所	〒 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。

申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ		①障害者自立支援法②児童福祉法③介護保険法											
申請者氏名（給付決定保護者等氏名）	個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号										
生年月日	年　　月　　日												
居住地	〒 電話番号												
フリガナ		続柄											
給付決定に係る児童氏名	個人番号：	生年月日	年　　月　　日										

サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		申請に係るサービス利用月	年　　月分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			

同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名	生年月日	①障害者自立支援法②児童福祉法③介護保険法											
			制度	受給者証番号・被保険者証番号										
	個人番号：													
	個人番号：													
	個人番号：													

（注1）　支払額を証する領収書を添付してください。

（注2）　申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号									
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他										
	フリガナ												
	口座名義人												

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

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。

申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ		①障害者自立支援法②児童福祉法③介護保険法											
申請者氏名（給付決定保護者等氏名）	印 個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号										
生年月日	年　　月　　日												
居住地	〒 電話番号												
フリガナ		続柄											
給付決定に係る児童氏名	個人番号：	生年月日	年　　月　　日										

サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		申請に係るサービス利用月	年　　月分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			

同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名	生年月日	①障害者自立支援法②児童福祉法③介護保険法												
			制度	受給者証番号・被保険者証番号											
	個人番号：														
	個人番号：														
	個人番号：														

（注1）　支払額を証する領収書を添付してください。

（注2）　申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号											
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他												
	フリガナ														
	口座名義人														

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名	印		
住所	〒 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申請書

柴田町長　　様

年　　月　　日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名	個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　　月　　日
申請に係る児童氏名		個人番号：	続　　柄	

※　通所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		申請者との関係	
氏　　名			
住　　所	〒 電話番号		

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

柴田町長　　様

年　　月　　日

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名	印 個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　　月　　日
申請に係る児童氏名		個人番号：	続　　柄	

※　通所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		申請者との関係	
氏　　名	印		
住　　所	〒 電話番号		

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)届出書

柴田町長　　様

年　　月　　日

次のとおり届け出します。

区　分	新規・変更

届出者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名	個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　　月　　日
届出に係る児童氏名		個人番号：	続　　柄	

障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住　　所	〒 電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

変更年月日　　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

柴田町長　　様

年　　月　　日

次のとおり届け出します。

区　分	新規・変更

届出者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名	印 個人番号：		
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　　月　　日
届出に係る児童氏名		個人番号：	続　　柄	

障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住　　所	〒 電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

変更年月日　　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

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名	個人番号：		
	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
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
健康保険の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）						有　・　無	

※「健康保険の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等　１　２　３　４　５　６ 非該当	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（　）・要介護　１　２　３　４　５	
		利用中のサービスの種類と内容等				

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

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、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。

申請者氏名

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

（※）主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合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。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類		
	□　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。 （あてはまるものに〇をつける。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〇をつける。 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 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈２０歳以上の方〉 １．療養介護利用者であること（年令　　才） ２．市町村民税非課税世帯の者	〈２０歳未満の方〉 １．療養介護利用者であること（年令　　才）
	□　Ⅲ　施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、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〉 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	〈２０歳未満の方〉 １．施設入所者であること（年令　　才）
	□　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。 ※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

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。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名	個人番号：		
	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
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）						有　・　無	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等　１　２　３　４　５　６ 非該当	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（　）・要介護　１　２　３　４　５	
		利用中のサービスの種類と内容等				

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

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、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。

申請者氏名　　印

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

（※）主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合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。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類		
	□　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。 （あてはまるものに〇をつける。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〇をつける。 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 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈２０歳以上の方〉 １．療養介護利用者であること（年令　　才） ２．市町村民税非課税世帯の者	〈２０歳未満の方〉 １．療養介護利用者であること（年令　　才）
	□　Ⅲ　施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、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〉 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	〈２０歳未満の方〉 １．施設入所者であること（年令　　才）
	□　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。 ※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

別記７７（改正後）

様式第５号（第５条関係）

（一）

障害福祉サービス受給者証		
受給者証番号		
支給決定障害者等	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		1　2　3　5
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び 印		

（二）

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（三）

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで

（四）

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（五）

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　年　月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円／日
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円／月
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（六）

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

（七）

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月　時間　分
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

（八）

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

（九）

短期入所事業者実績記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計
1		年　月　日から		
		年　月　日まで		
2		年　月　日から		
		年　月　日まで		
3		年　月　日から		
		年　月　日まで		
4		年　月　日から		
		年　月　日まで		
5		年　月　日から		
		年　月　日まで		
6		年　月　日から		
		年　月　日まで		
7		年　月　日から		
		年　月　日まで		
8		年　月　日から		
		年　月　日まで		
9		年　月　日から		
		年　月　日まで		
10		年　月　日から		
		年　月　日まで		
11		年　月　日から		
		年　月　日まで		
12		年　月　日から		
		年　月　日まで		

（十）

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄

番号		
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量（／月）	日
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量（／月）	日
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量（／月）	日
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

（十一）

療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日
1		入所(居)日 年　月　日
		退所(居)日 年　月　日
2		入所(居)日 年　月　日
		退所(居)日 年　月　日

予備欄

（十二）

就労定着支援・自立生活援助
事業者記入欄

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

予備欄

（十三）

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　指定障害福祉サービス等、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が表示されています。）。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
5　負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
6　支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

（十四）

注意事項欄

7　支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。）
8　この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
9　支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください.
10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。

別記７８（改正前）

様式第５号（第５条関係）

（一）

障害福祉サービス受給者証		
受給者証番号		
支給決定障害者等	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		1　2　3　5
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び 印		

（二）

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（三）

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで

（四）

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（五）

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　年　月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円／日
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円／月
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（六）

利用者負担に関する事項	
負担上限月額	
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
食事提供体制加算対象者	
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

（七）

番号	訪問系サービス事業者記入欄		
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月　時間　分	
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月　時間　分	
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月　時間　分	
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

（八）

番号	訪問系サービス事業者記入欄		
4	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
5	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
6	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量		
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	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		

（九）

短期入所事業者実績記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業者確認印
1		年　月　日から 年　月　日まで			
2		年　月　日から 年　月　日まで			
3		年　月　日から 年　月　日まで			
4		年　月　日から 年　月　日まで			
5		年　月　日から 年　月　日まで			
6		年　月　日から 年　月　日まで			
7		年　月　日から 年　月　日まで			
8		年　月　日から 年　月　日まで			
9		年　月　日から 年　月　日まで			
10		年　月　日から 年　月　日まで			
11		年　月　日から 年　月　日まで			
12		年　月　日から 年　月　日まで			

（十）

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄

番号			
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量（／月）	日	
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量（／月）	日	
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量（／月）	日	
	契約日	年　月　日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年　月　日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		

（十一）

療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日	事業者確認印
1		入所(居)日 年　月　日 退所(居)日 年　月　日	
2		入所(居)日 年　月　日 退所(居)日 年　月　日	

予備欄

（十二）

就労定着支援・自立生活援助
事業者記入欄

番号	事業者及びその事業所の名称	利用開始日 利用終了日	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

（十三）

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　指定障害福祉サービス等、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が表示されています。）。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。
5　負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
6　支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

（十四）

注意事項欄

7　支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。）
8　この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
9　支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください.
10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
13 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。

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

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名	個人番号：		
	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
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
健康保険の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）						有　・　無	

※「健康保険の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等　１　２　３　４　５　６ 非該当	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（　）・要介護　１　２　３　４　５	
		利用中のサービスの種類と内容等				

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

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、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。

申請者氏名

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

（※）主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合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。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類		
	□　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。 （あてはまるものに〇をつける。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〇をつける。 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 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈２０歳以上の方〉 １．療養介護利用者であること（年令　　才） ２．市町村民税非課税世帯の者	〈２０歳未満の方〉 １．療養介護利用者であること（年令　　才）
	□　Ⅲ　施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、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〉 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	〈２０歳未満の方〉 １．施設入所者であること（年令　　才）
	□　Ⅳ　グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、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（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□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。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

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

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名	個人番号：		
	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
支給申請に係る児童氏名		個人番号：	続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）						有　・　無	

※「**被保険者証**の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等　１　２　３　４　５　６ 非該当	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（　）・要介護　１　２　３　４　５	
		利用中のサービスの種類と内容等				

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

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、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。

申請者氏名　　印

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

（※）主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合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。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類		
	□　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。 （あてはまるものに〇をつける。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〇をつける。 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 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈２０歳以上の方〉 １．療養介護利用者であること（年令　　才） ２．市町村民税非課税世帯の者	〈２０歳未満の方〉 １．療養介護利用者であること（年令　　才）
	□　Ⅲ　施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、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〉 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	〈２０歳未満の方〉 １．施設入所者であること（年令　　才）
	□　Ⅳ　グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、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（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□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。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

別記８１（改正後）

様式第１０号（第９条、第２１条関係）

申請内容変更届出書

柴田町長　様

年　　月　　日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。
また、申請に係る内容変更の確認を行うため、町担当職員が申請者及び同居家族の住民情報を閲覧することに同意します。

フリガナ 申請者(保護者) 氏　　名	個人番号：	生年 月日	年　　月　　日
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る 児　童　氏　名	個人番号：	続柄	
		生年 月日	年　　月　　日

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		本人と の関係	
住　　所	〒 電話番号		

変更事項 （該当に〇をして下さい。）	支給（給付）決定障害者等に関すること	①氏名　②居住地　③連絡先
	利用者である児童に関すること	④氏名　⑤居住地　⑥連絡先　⑦保護者との続柄
	そ　の　他	
変更内容	変更前	
	変更後	

別記８２（改正前）

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　　日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。
また、申請に係る内容変更の確認を行うため、町担当職員が申請者及び同居家族の住民情報を閲覧することに同意します。

フリガナ 申請者(保護者) 氏　　名	印 個人番号：	生年 月日	年　　月　　日
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る 児　童　氏　名	個人番号：	続柄	
		生年 月日	年　　月　　日

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		本人と の関係	
住　　所	〒 電話番号		

変更事項 （該当に〇をして下さい。）	支給（給付）決定障害者等に関すること	①氏名　②居住地　③連絡先
	利用者である児童に関すること	④氏名　⑤居住地　⑥連絡先　⑦保護者との続柄
	そ　の　他	
変更内容	変更前	
	変更後	

別記８３（改正後）

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　　様

年　　月　　日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1　障害福祉サービス受給者証 2　地域相談支援受給者証 3　療養介護医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ 支給（給付）決定障害者（保護者）氏名	個人番号：	生年月日	年　　月　　日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る児童氏名	個人番号：	続柄	
		生年月日	年　　月　　日

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		本人との関係	
住　所	〒 電話番号		

申請の理由	1　汚損　　2　紛失　　3　その他 （具体的な状況　　）

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）

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　　様

年　　月　　日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1　障害福祉サービス受給者証 2　地域相談支援受給者証 3　療養介護医療受給者証	受給者証番号	

フリガナ 支給（給付）決定障害者（保護者）氏　　名	印 個人番号：	生年月日	年　　月　　日
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る児童氏名	個人番号：	続柄	
		生年月日	年　　月　　日

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		本人との関係	
住　所	〒 電話番号		

申請の理由	1　汚損　　2　紛失　　3　その他 （具体的な状況　　）

※従前使用して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　特例訓練等給付費)支給申請書

【　　年　　月分】

柴田町長　様

年　　月　　日

下記のとおり、関係書類を添えて(特例介護給付費　特例訓練等給付費)の支給を申請します。

フリガナ			受給者証番号		
申請者氏名					
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		生年月日	年　月　日	続柄	
支給決定に係る障害児氏名					
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)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

上記に関する(特例介護給付費　特例訓練等給付費)を下記の口座に振り込んで下さい。

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

(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

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　特例訓練等給付費)支給申請書

【　　年　　月分】

柴田町長　様

年　　月　　日

下記のとおり、関係書類を添えて(特例介護給付費　特例訓練等給付費)の支給を申請します。

フ リ ガ ナ			受 給 者 証 番 号	
申 請 者 氏 名	印			
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		生年月日	年　月　日	続柄
支給決定に係る障害児氏名				
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)		
フリガナ		申 請 者 との関係	
氏　名			
住　所	〒 電話番号		

上記に関する(特例介護給付費　特例訓練等給付費)を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種　目	1　普通　2　当座　3　その他
			口　座　番　号	
	金融機関コード	店舗コード		
	フリガナ			
	口 座 名 義 人			

(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

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備　考

別記８７（改正後）

様式第１４号(第１４条関係)

特定障害者特別給付費支給変更届出書

柴田町長　様

年　　月　　日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。
また、申請に係る内容変更の確認を行うため、町担当職員が申請者及び同居家族の住民情報を閲覧することに同意します。

フリガナ 申請者(保護者) 氏　　名	個人番号：	生年 月日	年　　月　　日
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る 児　童　氏　名	個人番号：	続柄	
		生年 月日	年　　月　　日

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		本人と の関係	
住　所	〒 電話番号		

変更事項 （該当に○をして下さい。）	支給（給付）決定障害者等に関すること	①氏名　②居住地　③連絡先
	利用者である児童に関すること	④氏名　⑤居住地　⑥連絡先　⑦保護者との続柄
	そ　の　他	
変更内容	変更前	
	変更後	

別記８８（改正前）

様式第１４号（第１４条関係）

特定障害者特別給付費支給変更届出書

柴田町長　様

年　　月　　日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。
また、申請に係る内容変更の確認を行うため、町担当職員が申請者及び同居家族の住民情報を閲覧することに同意します。

フリガナ		生年月日	年　　月　　日
申請者（保護者）氏　　名	印 個人番号：		
居　住　地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児　童　氏　名	個人番号：	生年月日	年　　月　　日

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		本人との関係	
氏　　名			
住　　所	〒 電話番号		

変更事項（該当に〇をして下さい。）	支給（給付）決定障害者等に関すること	①氏名　②居住地　③連絡先
	利用者である児童に関すること	④氏名　⑤居住地　⑥連絡先　⑦保護者との続柄
	そ　の　他	
変更内容	変更前	
	変更後	

別記８９（改正後）

様式第１５号（第１５条関係）

（特例特定障害者特別給付費　特例地域相談支援給付費）支給申請書

【　　年　　月分】

柴田町長　様

年　　月　　日

下記のとおり、関係書類を添えて（特例特定障害者特別給付費　特例地域相談支援給付費）の支給を申請します。

フリガナ			受給者証番号		
申請者氏名					
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 支給決定に係る児童氏名		生年月日	年　　月　　日	続柄	
特例特定障害者特別給付費　特例地域相談支援給付費　請求額			円		

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏　名		申請者との関係	
住　所	〒 電話番号		

上記に関する特例特定障害者特別給付費　特例地域相談支援給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	１　普通　２　当座　３その他
			口　座　番　号	
	金融機関コード	店舗コード		
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

（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

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備　　考

別記９０（改正前）

様式第１５号（第１５条関係）

（特例特定障害者特別給付費　特例地域相談支援給付費）支給申請書

【　　年　　月分】

柴田町長　様

年　　月　　日

下記のとおり、関係書類を添えて（特例特定障害者特別給付費　特例地域相談支援給付費）の支給を申請します。

フリガナ			受給者証番号	
申請者氏名	印			
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 支給決定に係る児童氏名		生年月日	年　　月　　日	続柄
特例特定障害者特別給付費　特例地域相談支援給付費　請求額			円	

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏　名		申請者との関係	
住　所	〒 電話番号		

上記に関する特例特定障害者特別給付費　特例地域相談支援給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	１　普通　２　当座　３その他
			口　座　番　号	
	金融機関コード	店舗コード		
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

（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

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備　　考

別記９１（改正後）

様式第１７号（第１９条関係）

（一）

地域相談支援受給者証		
受給者証番号		
地域相談支援給付決定障害者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
障害種別		1　2　3　4　5
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び印		

（二）

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	年　月　日から　年　月　日まで
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	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（三）

一般相談支援事業者記載欄		
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
		契約日 年　月　日
		サービス提供終了日 年　月　日
		契約日 年　月　日
		サービス提供終了日 年　月　日
予備欄		

別記９１（改正後）

（四）

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　　年　月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（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（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）

（一）

地域相談支援受給者証		
受給者証番号		
地域相談支援給付決定障害者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
障害種別		１　２　３　５
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び印		

（二）

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	年　月　日から　年　月　日まで
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	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（三）

一般相談支援事業者記載欄			
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	事業者確認印
		契約日 年　月　日 サービス提供終了日 年　月　日	
		契約日 年　月　日 サービス提供終了日 年　月　日	
予備欄			

別記９２（改正前）

（四）

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　　年　月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

（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（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９３（改正後）

様式第１８号（第２３条関係）

特例地域相談支援給付費　支給申請書

【　　年　　月分】

柴田町長　様

年　　月　　日

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給を申請します。

フリガナ		障害福祉サービス受給者証番号	
申請者氏名			
		地域相談支援受給者証番号	
申請者生年月日	年　　月　　日		
居　住　地			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定に係る児童氏名			
続柄			
特例地域相談支援給付費　請求額	円		

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏　名			
住　所	〒 電話番号		

上記に関する特例地域相談支援給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	１　普通　２　当座　３その他
			口　座　番　号	
	金融機関コード	店舗コード		
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

（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

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備　　考

別記９４（改正前）

様式第１８号（第２３条関係）

特例地域相談支援給付費　支給申請書

【　　年　　月分】

柴田町長　様

年　　月　　日

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給を申請します。

フリガナ		障害福祉サービス受給者証番号	
申請者氏名	印		
		地域相談支援受給者証番号	
申請者生年月日	年　　月　　日		
居　住　地			
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定に係る児童氏名			
続柄			
特例地域相談支援給付費　請求額	円		

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏　名			
住　所	〒 電話番号		

上記に関する特例地域相談支援給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	１　普通　２　当座　３その他
			口　座　番　号	
	金融機関コード	店舗コード		
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

（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

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備　　考

別記９５（改正後）

様式第２０号(第２４条関係)

計画相談支援給付費支給申請書

柴田町長　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>個人番号：</td></tr>
<tr><td>居 住 地</td><td colspan="3">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請に係る児童氏名</td><td>個人番号：</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>続柄</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>申請書提出者</td><td colspan="3">□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）</td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏　　名</td><td></td><td>申請者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
電話番号</td></tr>
</table>

別記９６（改正前）

様式第２０号(第２４条関係)

計画相談支援給付費支給申請書

柴田町長　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td>印
個人番号：</td></tr>
<tr><td>居 住 地</td><td colspan="3">〒
電話番号</td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">生年月日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">申請に係る児童氏名</td><td>個人番号：</td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>申請書提出者</td><td colspan="3">□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）</td></tr>
<tr><td>フリガナ
氏　　名</td><td></td><td>申請者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="3">〒
電話番号</td></tr>
</table>

別記９７（改正後）

様式第２１号(第２４条関係)

計画相談支援依頼（変更）届出書

柴田町長　様

次のとおり届け出します。

届出年月日　　年　　月　　日

区分	新規・変更

申請者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名	個人番号：		
	居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　　月　　日
申請に係る児童氏名		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	〒 電話番号

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）

変更年月日　　年　　月　　日

別記９８（改正前）

様式第２１号(第２４条関係)

計画相談支援依頼（変更）届出書

柴田町長　様

次のとおり届け出します。

届出年月日　　年　　月　　日

区分	新規・変更

申請者	フリガナ		生年月日	年　　月　　日
	氏　　名	印 個人番号：		
	居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　　月　　日
申請に係る児童氏名		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	〒 電話番号

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）

変更年月日　　年　　月　　日

別記９９（改正後）

様式第２４号(第２６条関係)

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）※1													
障害者・児	フリガナ 受診者氏名				性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日				
	フリガナ 受診者住所							電話番号					
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名							受診者との関係					
	フリガナ 保護者住所 ※2							電話番号 ※2					
	個人番号												
負担額に関する事項	受診者の健康保険の記号及び番号				保険者名								
	受診者と同一保険の加入者												
	受診者と同一保険の加入者個人番号												
	該当する所得区分 ※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				
身体障害者手帳番号					精神障害者保健福祉手帳番号								
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名							所在地・電話番号					
受給者番号　※5													

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名

年　月　日

(あて先)柴田町長

※1　該当する医療の種類及び新規・再認定・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　再認定の方のみ記入

----------ここから下の欄には記入しないでください。----------

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上		重度かつ継続	該当　・　非該当	
今回所得区分	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上		重度かつ継続	該当　・　非該当	
所得確認書類	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)

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）※1													
障害者・児	フリガナ 受診者氏名			性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日					
	フリガナ 受診者住所						電話番号						
	個人番号												
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名						受診者との関係						
	フリガナ 保護者住所 ※2						電話番号 ※2						
	個人番号												
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号			保険者名									
	受診者と同一保険の加入者												
	受診者と同一保険の加入者個人番号												
	該当する所得区分 ※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					
身体障害者手帳番号				精神障害者保健福祉手帳番号									
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名						所在地・電話番号						
受給者番号　※5													

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名　　印　※6

年　　月　　日

(あて先)柴田町長

※1　該当する医療の種類及び新規・再認定・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　再認定の方のみ記入
※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。

----------ここから下の欄には記入しないでください。----------

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上		重度かつ継続	該当　・　非該当	
今回所得区分	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上		重度かつ継続	該当　・　非該当	
所得確認書類	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１０１（改正後）

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					
受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名				
	フリガナ				
	住所				
	健康保険の記号及び番号		保険者名		
	重度かつ継続				
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄		
	氏名				
	フリガナ				
	住所				
指定医療機関名	病院・診療所		所在地・電話番号		
	薬局		所在地・電話番号		
	訪問看護事業者		所在地・電話番号		
自己負担上限額	月額　　円				
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

※　育成医療及び更生医療の受診者は裏面も記入のこと。

（裏面）

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

※　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					
受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名				
	フリガナ				
	住所				
	被保険者証の記号及び番号		保険者名		
	重度かつ継続				
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄		
	氏名				
	フリガナ				
	住所				
指定医療機関名	病院・診療所		所在地・電話番号		
	薬局		所在地・電話番号		
	訪問看護事業者		所在地・電話番号		
自己負担上限額	月額　　円				
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

※　育成医療及び更生医療の受診者は裏面も記入のこと。

（裏面）

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

※　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・更生医療）支給認定変更申請書

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日
	フリガナ 受診者住所					電話番号	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係	
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2	
負担額に関する事項	受診者の**健康保険**の記号及び番号		保険者名				
	受診者と同一保険の加入者						
	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
身体障害者手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号				
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名		所在地・電話番号				
受給者番号							

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名

年　月　日

柴田町長　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）支給認定変更申請書

※1

障害者・児	フリガナ 受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日
	フリガナ 受診者住所					電話番号	
受診者が18歳未満の場合	フリガナ 保護者氏名					受診者との関係	
	フリガナ 保護者住所 ※2					電話番号 ※2	
負担額に関する事項	受診者の**被保険者証**の記号及び番号		保険者名				
	受診者と同一保険の加入者						
	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
身体障害者手帳番号			精神障害者保健福祉手帳番号				
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名					所在地・電話番号	
受給者番号							

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名　　印　※5

年　　月　　日

柴田町長　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。
※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１０５（改正後）

様式第２８号（第２９条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療）					
受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年　月　日	
	フリガナ				
	住所				
	個人番号				
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄		
	氏名				
	フリガナ				
	住所				
	個人番号				
自立支援医療費受給者番号					
受給者証の有効期間	年　月　日から　年　月　日まで				
変更内容	事項	変更前	変更後		
	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）				
	保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）				
	健康保険に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）				
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号				
備考					

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

年　月　日

柴田町長　様

※　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証等記載事項変更届（育成医療・更生医療）					
受診者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	年　月　日	
	フリガナ				
	住所				
	個人番号				
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄		
	氏名				
	フリガナ				
	住所				
	個人番号				
自立支援医療費受給者番号					
受給者証の有効期間	年　月　日から　年　月　日まで				
変更内容	事項	変更前	変更後		
	受診者に関する事項（氏名・住所・電話番号）				
	保護者に関する事項（氏名・住所・電話番号）				
	被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）				
	身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳番号				
備考					

私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名　　印

年　月　日

柴田町長　様

※　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）

自立支援医療受給者証(再交付・返還)申請書(育成医療・更生医療)													
障害者・児	フリガナ 受診者氏名				性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日				
	フリガナ 受診者住所							電話番号					
	個人番号												

※個人番号は再交付申請時のみ記載。

受診者が18歳未満の場合													
	フリガナ 保護者氏名							受診者との関係					
	フリガナ 保護者住所							電話番号					
	個人番号												

※個人番号は再交付申請時のみ記載。

<u>※保護者住所は受給者本人と異なる場合に記入</u>

※再交付に関する事項

事由	1　紛失　　2　汚損　　3　その他(　　)

※返還に関する事項

事由	1　通院を終了　　2　死亡　　3　その他(　　)

私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証の再交付・返還を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

柴田町長　　様

----------ここから下の欄には記入しないでください。----------

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上	重度かつ継続	該当　・　非該当		
今回の受給者番号					
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(再交付・返還)申請書(育成医療・更生医療)													
障害者・児	フリガナ 受診者氏名				性別	男・女	年齢	歳	生年月日 年　月　日				
	フリガナ 受診者住所							電話番号					
	個人番号												

※個人番号は再交付申請時のみ記載。

受診者が18歳未満の場合													
	フリガナ 保護者氏名							受診者との関係					
	フリガナ 保護者住所 ※１							電話番号					
	個人番号												

※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　汚損　　3　その他(　　)

※返還に関する事項

事由	1　通院を終了　　2　死亡　　3　その他(　　)

私は、上記のとおり、自立支援医療受給者証の再交付・返還を申請します。

申請者氏名　　印　※２

年　　月　　日

柴田町長　　様

※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。

----------ここから下の欄には記入しないでください。----------

自治体記入欄

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
前回所得区分	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上	重度かつ継続	該当　・　非該当		
今回の受給者番号					
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　　日

柴田町長　　様

（申請者）

住　所

氏　名

個人番号

対象者との続柄

電　話

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。

補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	住　所					
	フリガナ 氏　名	（個人番号　　）				
	生年月日	年　月　日	性別	男・女	電　話	
身体障害者手帳 障害名	手帳番号	第　　号	交付年月日	年　月　日		
	障害種別		障害等級	種　級		
疾患名	（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に規定する疾患名を記載のこと）					
購入・借受け・修理を受ける補装具名						
判定予定日	年　月　日（　）（所内・巡回・在宅・文書）					
希望する補装具業者	名　称					
	所在地					
	電　話		ＦＡＸ			
該当する所得区分	１．生活保護　２．低所得　３．一般　４．一定所得以上					
生活保護への移行予防措置に関する認定	□　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					

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

柴田町長　　様

（申請者）

住　所

氏　名　　印

個人番号

対象者との続柄

電　話

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。

補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	住　所					
	フリガナ 氏　名	（個人番号　　）				
	生年月日	年　月　日	性別	男・女	電　話	
身体障害者手帳 障害名	手帳番号	第　　号		交付年月日	年　月　日	
	障害種別			障害等級	種　級	
疾患名	（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に規定する疾患名を記載のこと）					
購入・借受け・修理を受ける補装具名						
判定予定日	年　月　日（　）（所内・巡回・在宅・文書）					
希望する補装具業者	名　称					
	所在地					
	電　話			ＦＡＸ		
該当する所得区分	１．生活保護　２．低所得　３．一般　４．一定所得以上					
生活保護への移行予防措置に関する認定	□　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					

別記１１１（改正後）

様式第３４号（第３２条関係）

補　装　具　費　支　給　券

<table>
<tr><td colspan="2">支　給　番　号</td><td></td><td>支　給
決 定 日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入・借受け・
修　理　の　別</td><td colspan="5">購入　・　借受け　・　修理</td></tr>
<tr><td colspan="2">借 受 け 期 間
（借受けの場合）</td><td colspan="5">年　月　日～　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保 護 者 氏 名</td><td colspan="2"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">補装具の名称</td><td></td><td>修理部位</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">処　　方</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">補装具
業　者</td><td>名　称</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基準額</td><td>見積額</td><td colspan="2">利用者負担額</td><td>公費負担額</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td>円</td><td colspan="2" rowspan="3">円</td><td rowspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="3">月額負担上限額</td></tr>
<tr><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり決定する。
年　月　日
柴田町長</td></tr>
<tr><td>判定
検査</td><td>判　定
年月日</td><td>年　月　日</td><td>判定員
職氏名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>受領</td><td>受　領
年月日</td><td>年　月　日</td><td>受領者
氏　名</td><td></td><td>本人と
の関係</td><td></td></tr>
</table>

別記１１２（改正前）

様式第３４号（第３２条関係）

補　装　具　費　支　給　券

<table>
<tr><td colspan="2">支　給　番　号</td><td></td><td>支　給
決 定 日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">購入・借受け・
修　理　の　別</td><td colspan="5">購入　・　借受け　・　修理</td></tr>
<tr><td colspan="2">借 受 け 期 間
（借受けの場合）</td><td colspan="5">年　月　日～　年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保 護 者 氏 名</td><td colspan="2"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">補装具の名称</td><td></td><td>修理部位</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">処　　方</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">補装具
業　者</td><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基準額</td><td>見積額</td><td colspan="2">利用者負担額</td><td>公費負担額</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td>円</td><td colspan="2" rowspan="3">円</td><td rowspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="3">月額負担上限額</td></tr>
<tr><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり決定する。
年　月　日
柴田町長</td></tr>
<tr><td>判定
検査</td><td>判　定
年月日</td><td>年　月　日</td><td>判定員
職氏名</td><td colspan="2">印</td></tr>
<tr><td>受領</td><td>受　領
年月日</td><td>年　月　日</td><td>受領者
氏　名</td><td>印</td><td>本人と
の関係</td><td></td></tr>
</table>

別記１１３（改正後）

様式第３４―３号（第３２条関係）

補　装　具　費　支　給　券

<table>
<tr><td colspan="2">支　給　番　号</td><td></td><td>支　給
決 定 日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">借 受 け 期 間</td><td colspan="4">年　　月　　日～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保 護 者 氏 名</td><td colspan="2"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">補装具の名称</td><td></td><td>修理部位</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">処　　方</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">補装具
業　者</td><td>名　称</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基準額</td><td>見積額</td><td colspan="2">利用者負担額</td><td>公費負担額</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td>円</td><td colspan="2" rowspan="3">円</td><td rowspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="3">月額負担上限額</td></tr>
<tr><td colspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="6">上記のとおり決定する。
年　　月　　日
柴田町長</td></tr>
<tr><td rowspan="2">返却
確認</td><td rowspan="2">返却日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td><td>業 者 名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>申 請 者
氏　　名</td><td></td><td>本人と
の関係</td><td></td></tr>
</table>

別記１１４（改正前）

様式第３４―３号（第３２条関係）

補　装　具　費　支　給　券

<table>
<tr><td colspan="2">支　給　番　号</td><td colspan="2"></td><td>支　給
決 定 日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">借 受 け 期 間</td><td colspan="6">年　　月　　日～　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　　所</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">保 護 者 氏 名</td><td colspan="3"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">補装具の名称</td><td colspan="2"></td><td>修理部位</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">処　　方</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">補装具
業　者</td><td>名　称</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>電　話</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">基準額</td><td colspan="2">見積額</td><td colspan="2">利用者負担額</td><td colspan="2">公費負担額</td></tr>
<tr><td colspan="2">円</td><td colspan="2">円</td><td colspan="2" rowspan="3">円</td><td colspan="2" rowspan="3">円</td></tr>
<tr><td colspan="4">月額負担上限額</td></tr>
<tr><td colspan="4">円</td></tr>
<tr><td colspan="8">上記のとおり決定する。
年　　月　　日
柴田町長</td></tr>
<tr><td rowspan="2">返却
確認</td><td rowspan="2">返却日</td><td rowspan="2">年　　月　　日</td><td>業 者 名</td><td colspan="3">印</td></tr>
<tr><td>申 請 者
氏　　名</td><td>印</td><td>本人と
の関係</td><td></td></tr>
</table>

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。

申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ		①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②児童福祉法③介護保険法	
申請者氏名（支給決定障害者等氏名）	個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	年　　月　　日		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年　　月　　日
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		申請に係るサービス利用月	年　　月分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			

同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名	生年月日	①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②児童福祉法③介護保険法	
			制度	受給者証番号・被保険者証番号
	個人番号：			
	個人番号：			
	個人番号：			

（注１）支払額を証する領収書を添付してください。

（注２）世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

（注３）申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	１普通預金 ２当座預金 ３その他	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

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。

申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ		①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②児童福祉法②介護保険法	
申請者氏名（支給決定障害者等氏名）	印 個人番号：	制度	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	年　　月　　日		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年　　月　　日
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		申請に係るサービス利用月	年　　月分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			

同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名	生年月日	①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②児童福祉法③介護保険法	
			制度	受給者証番号・被保険者証番号
	個人番号：			
	個人番号：			
	個人番号：			

（注１）支払額を証する領収書を添付してください。

（注２）世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

（注３）申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	１普通預金 ２当座預金 ３その他	
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

別記１１７（改正後）

様式第１号(第６条関係)

母子・父子家庭医療費受給資格登録(更新)申請書

年　　月　　日

柴田町長　　殿

申請者　　住　所
氏　名
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☑をいれてください。）	チェック欄 ☐ 申請に係る母子・父子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。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。

申請者	フリガナ		児童との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	1．氏名			個人番号			
	住　所			勤務先	(TEL　　)		
児童	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	2．氏名			個人番号			
	住　所			学校名			
	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	3．氏名			個人番号			
	住　所			学校名			
	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	4．氏名			個人番号			
	住　所			学校名			
扶養義務者	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所			勤務先	(TEL　　)		
	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所			勤務先	(TEL　　)		
	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所			勤務先	(TEL　　)		

健康保険	被保険者氏名		記号・番号		
	健康保険の種別	国保　・　協会健保　・　組合　・　船員　・　共済　・　その他			
	保険者	名　称		資格取得年月日	年　月　日
		所在地		附加給付　※1	有　・　無

上記の者の母子・父子家庭医療費助成について、下記口座へ振込みされることを承諾します。

振込希望金融機関名 銀行　　本店・支店	口座番号　普通・当座 No.	口座名義（フリガナ）

処理事項	受給資格適否	適　・　否	(否の理由)		
※2	受給者番号	1．	2．	3．	4．

（表）

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、あなたの配偶者、同居している扶養義務者の所得について						
年分所得		申　請　者		配　偶　者		①扶養義務者	
氏　　名							
②　同一生計配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数（申請者については、㋐同一生計配偶者のうち七十歳以上の者及び老人扶養親族の合計数、㋑特定扶養親族の数、㋒16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数）） （㋐　　人） （㋑　　人） （㋒　　人）		人		人 （　　人）		人 （　　人）	
③　②以外に前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童		人					
④　所得額		円	※　　円	円	※　　円	円	※　　円
控除	⑤　障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
控除	⑥　特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
控除	⑦　障害者・特別障害者・寡婦控除・ひとり親控除・勤労学生の別	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
控除	⑧	円	円	円	円	円	円
控除	⑧	円	円	円	円	円	円
控除	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	

（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。
※上記、所得額の※欄は、記入する必要がありません。

裏面もお読みください。

（裏）

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〇で囲んでください。

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）～（8）の書類添付を省略することができます。

別記１１８（改正前）

様式第１号(第６条関係)

母子・父子家庭医療費受給資格登録(更新)申請書

年　　月　　日

柴田町長　　殿

申請者　住　所

氏　名　　印

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☑をいれてください。）	チェック欄 ☐ 申請に係る母子・父子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。ただし、公簿等により確認ができない場合は、所得、扶養人数のわかる証明書を添付します。

申請者	フリガナ		児童との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	1．氏名			個人番号			
	住　所				勤務先	(TEL　　)	
児童	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	2．氏名			個人番号			
	住　所				学校名		
	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	3．氏名			個人番号			
	住　所				学校名		
	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	4．氏名			個人番号			
	住　所				学校名		
扶養義務者	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所				勤務先	(TEL　　)	
	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所				勤務先	(TEL　　)	
	フリガナ		申請者との続柄	生年月日	年　月　日	性別	男・女
	氏　名			個人番号			
	住　所				勤務先	(TEL　　)	

加入医療保険	被保険者氏名			記号・番号	
	健康保険の種別	国保　・　協会健保　・　組合　・　船員　・　共済　・　その他			
	保険者	名　称		資格取得年月日	年　月　日
		所在地		附加給付　※1	有　・　無

上記の者の母子・父子家庭医療費助成について、下記口座へ振込みされることを承諾します。

振込希望金融機関名 銀行　　本店・支店	口座番号　普通・当座 No.	口座名義（フリガナ）

処理事項	受給資格適否	適　・　否	(否の理由)		
※2	受給者番号	1．	2．	3．	4．

（表）

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　　印

あなたと、あなたの配偶者、同居している扶養義務者の所得について						
年分所得		申　請　者		配　偶　者		①扶養義務者	
氏　　名							
②　同一生計配偶者及び扶養親族の合計数（うち老人扶養親族の数（申請者については、㋐同一生計配偶者のうち七十歳以上の者及び老人扶養親族の合計数、㋑特定扶養親族の数、㋒16歳以上19歳未満の控除対象扶養親族の数））		人 （㋐　　人） （㋑　　人） （㋒　　人）		人 （　　人）		人 （　　人）	
③　②以外に前年の12月31日において申請者によって生計を維持していた児童		人					
④　所得額		円	※　　円	円	※　　円	円	※　　円
控除	⑤　障害者（特別障害者を除く。）である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
控除	⑥　特別障害者である同一生計配偶者及び扶養親族の数	人	円	人	円	人	円
控除	⑦　障害者・特別障害者・寡婦控除・ひとり親控除・勤労学生の別	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円	障・特障・寡・ひとり・勤	円
控除	⑧	円	円	円	円	円	円
控除	⑧	円	円	円	円	円	円
控除	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	

（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。
※上記、所得額の※欄は、記入する必要がありません。

裏面もお読みください。

（裏）

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〇で囲んでください。

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）～（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）

母子・父子家庭医療費受給者証				
受給者番号				
受給者	住所			
	氏名		性別	
対象者	氏名		性別	
	生年月日			
有効期間				
発行者及び印				
交付年月日				

（裏）

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）

母子・父子家庭医療費受給者証				
受給者番号				
受給者	住所			
	氏名		性別	
対象者	氏名		性別	
	生年月日			
有効期間				
発行者及び印				
交付年月日				

（裏）

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

別記１２１（改正後）

様式第５号（第９条関係）

（表）

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

届出人	住　　所	
	氏　　名	
	受給者との続柄	
	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☑を入れてください。）	チェック欄 ☐ 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	受給者番号				
	氏　　名				
	生 年 月 日	年　　月　　日			
住　　所		旧	柴田町		
		新	柴田町		
氏　　名		旧			
		新			
健康保険	保険者名称				
	記号・番号				
	被保険者氏名			受給者との続柄	
口　座	金融機関名	銀行・組合・金庫		本店・支店	
	口 座 番 号			名義人(ｶﾅ)	
児童の資格取得・喪失	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	生 年 月 日	年　　月　　日		年　　月　　日	
	受給者との続柄				
	個 人 番 号				
	取得・喪失理由				
変更年月日		年　　月　　日			

※扶養義務者の増又は減がある場合は、裏面の記入が必要です。

（裏）

扶養義務者の増又は減の別			増　・　減	
扶養義務者	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	
	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	
	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	

別記１２２（改正前）

様式第５号（第９条関係）

（表）

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

届出人	住　　所	
	氏　　名	印
	受給者との続柄	
	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☑を入れてください。）	チェック欄 ☐ 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	受給者番号				
	氏　　名				
	生 年 月 日	年　　月　　日			
住　　所		旧	柴田町		
		新	柴田町		
氏　　名		旧			
		新			
健康保険	保険者名称				
	記号・番号				
	被保険者氏名			受給者との続柄	
口　座	金融機関名	銀行・組合・金庫		本店・支店	
	口 座 番 号			名義人(ｶﾅ)	
児童の資格取得・喪失	ﾌﾘｶﾞﾅ				
	氏　名				
	生 年 月 日	年　　月　　日		年　　月　　日	
	受給者との続柄				
	個 人 番 号				
	取得・喪失理由				
変更年月日		年　　月　　日			

※扶養義務者の増又は減がある場合は、裏面の記入が必要です。

（裏）

扶養義務者の増又は減の別			増　・　減	
扶養義務者	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	
	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	
	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	

別記１２３（改正後）

様式第６号（第１０条関係）

母子・父子家庭医療費助成申請書

柴田町長　（あて）

申請日　　年　　月　　日

●　　年　　月分の母子・父子家庭医療費の助成を以下のとおり申請します。

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	健康保険の種別	１社会保険等➡	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。）
記号		２柴田町国保	・全国健康保険協会 ・健保組合（名称：　　） ・共済組合（名称：　　） ・国保組合（名称：　　） ・その他（名称：　　）
番号		３後期高齢	

▼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		
外来・入院・調剤・訪問看護区分		１　外来（調剤含む）	２　入院【日数　日】	３　訪問看護
診療点数・療養の給付等（保険対象分のみ）	医療機関・調剤 ➡	総診療点数（　点） 本人負担額を右欄へ記入してください。	保険対象分の本人負担額等（必ずご記入ください。）	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） ⇩
	※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。➡			
	接骨・鍼・灸・ﾏｯｻｰｼﾞ ➡	療養費の総費用（　円） この欄に保険診療の総費用額を記入し、本人負担額を右欄へ記入してください。		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。 ・公費負担医療の対象点数（　点） ・公費負担医療の公費負担額（　円） ・公費負担医療の本人負担額（　円） ・公費法別番号（　番）
	訪問看護療養費 ➡	回数　回 総費用額　円 基本利用料　円 本人負担額を右欄へ記入してください。		

備考欄	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。）➡	７０歳未満	ア・イ・ウ・エ・オ
		前期高齢者及び後期高齢者　負担割合	３割・２割・１割
		区分	現Ⅰ・現Ⅱ・現Ⅲ・一般・低Ⅰ・低Ⅱ
	医療機関等のｺｰﾄﾞ番号（10桁）		
	医療機関等の所在地 名称 電話番号	〒 TEL	

別記１２４（改正前）

様式第６号(第１０条関係)　　（国保連合会行）

母子・父子家庭医療費助成申請書

年　　月　　日

柴田町長　　殿

受給者　住　　所

（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		受診者氏名等	氏　名		
			男・女（　　年　　月　　日生）		
被保険者証	記号	管　掌　別	１　社保	２　国保	３　その他
	番号	保　険　者　名（健康保険証の発行機関名）			
		保 険 者 番 号			

※この欄は医療機関で記入してください。

※診療点数等	外来入院等の区分	年　　月診療分	１　外来	２　入院（入院　　日）	３　調剤	４　訪問看護
	療養の給付等	診療点数　　点　注１）	診療科名等 / 診療点数 / 合　計		注１）診療点数が複数の診療科の合計（病院の場合）又は、複数の病院の合計（薬局の場合）となっているときは、内訳を記入してください。	
		〔療養費の総費用　　円〕　注２）			注２）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「保険診療の費用額」を記入願います。	
		公費負担	公費負担医療を受給している方については、その名称と支払った負担額を必ず記入してください。		公費負担額　　円	
			無・有　（名称：　　医療 ）		自己負担額　　円	
		訪問看護療養分(保険対象分のみ)	回数　　回	総費用　　円	基本利用料　　円	
※医療機関名等	医療機関コード					
	住　　所 名称・氏名	㊞				

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								
計								

※助成決定額は、助成対象額から外来１件につき1,000円、入院１件につき2,000円を控除した額とする。

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。

受給者	氏　　名		続柄		受給者証番号	第　　号
	住　　所					
児童	氏　　名		続柄		受給者番号	第　　号
	住　　所					
	氏　　名		続柄		受給者番号	第　　号
	住　　所					
	氏　　名		続柄		受給者番号	第　　号
	住　　所					
破損・亡失年月日		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。

受給者	氏　　名		続柄		受給者証番号	第　　号
	住　　所					
児童	氏　　名		続柄		受給者番号	第　　号
	住　　所					
	氏　　名		続柄		受給者番号	第　　号
	住　　所					
	氏　　名		続柄		受給者番号	第　　号
	住　　所					
破損・亡失年月日		年　　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	
個人情報の本人の状況等（代理人又は遺族による請求の場合）	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
	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	
	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	

〔注〕

（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

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。

<table>
<tr><td>開示請求に係る個人情報の内容</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>開示の方法</td><td colspan="2">１　閲覧・視聴　２　写しの交付・複製物の供与　３　１及び２</td></tr>
<tr><td>請求者の区分</td><td colspan="2">本人　・　代理人　・　遺族</td></tr>
<tr><td rowspan="5">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）</td><td>本人の状況（代理人による請求の場合）</td><td>法定代理人　□任意代理人
□未成年者
□成年被後見人</td></tr>
<tr><td>本人との関係（遺族による請求の場合）</td><td>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</td></tr>
<tr><td>本人の住所</td><td></td></tr>
<tr><td>本人の氏名</td><td></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td></td></tr>
</table>

※　次の欄には記入しないでください。

<table>
<tr><td>本人等の確認</td><td>□ 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　□その他（　　）</td></tr>
<tr><td>代理資格等の確認</td><td>□ 戸籍謄本・抄本　□ 住民票　□委任状　□ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>担当課（局・所）</td><td>電話番号　　（内線）</td></tr>
<tr><td>個人情報の特定内容</td><td></td></tr>
<tr><td>備考</td><td></td></tr>
</table>

〔注〕

（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　　日　午前／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	

〔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。

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　　日　午前／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	

〔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。

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	
個人情報の開示の日時	年　　月　　日　午前・午後　　時　　分
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	
個人情報の開示の日時	年　　月　　日　午前・午後　　時　　分
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　　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	
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
	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	
	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	

〔注〕

（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

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	
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
	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	
	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	

〔注〕

（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	
開示を受けた個人情報の内容		
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		
請求者の区分	本　人　・　代理人　・　遺　族	
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
	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	
	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	

〔注〕

（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		
請求者の区分	本　人　・　代理人　・　遺　族	
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
	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	
	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	

〔注〕

（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。