

三木町告示第 144 号

三木町障害児通所給付費等の支給に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和 7 年 6 月 1 9 日

三木町長 伊藤 良春

三木町規則第 17 号

三木町障害児通所給付費等の支給に関する規則の一部を改正する規則

三木町障害児通所給付費等の支給に関する規則（平成 24 年三木町規則第 13 号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号、様式第 4 号及び様式第 18 号を次のように改正する。

附 則

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際、この規則による改正前の三木町障害児通所給付費等の支給に関する規則の様式による用紙で、現に残存するものは、所要の修正を加え、なお使用することができる。

様式第1号（第3条、第6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
変更申請書 変更申請書

三木町長 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:	印			
	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:				
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		

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等	
申請（変更を申請）する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）		
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）		
	☐ 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		
変更の理由（変更する場合）			

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、三木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。 ☐ 同意しません。 }

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 ※ 在園証明書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		

様式第4号(第4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											
フリガナ											
居住地											
フリガナ											
氏 名											
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

- この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 児童発達支援のうち治療に係るもの(以下「肢体不自由児通所医療」という。)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マイナ保険証(健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。)等を添えて、指定児童発達支援事業所(治療をおこなうものに限る)に提示してください。
- 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。
- 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。
- 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、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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 受給者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 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。

高額障害児通所給付費支給(不支給)決定通知書

発第 号
年 月 日

〒 香川県木田郡三木町 様

三木町長 印

年 月 日に申請のありました高額障害児通所給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

給付決定保護者氏名		受給者証番号												
給付決定に係る児童氏名														

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係るサービス利用月	年 月分
支給	☐ する ☐ しない	支給金額	円
不支給の理由			

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

不服申立て及び取消訴訟

【高額障害児通所給付費の場合】

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に香川県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、香川県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に三木町を被告として(訴訟において三木町を代表する者は三木町長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。)でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

【高額障害児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、〇〇県知事(市長)に対して異議申立てをすること、及びこの処分があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、〇〇県知事(市長)を被告として、この処分の取消の訴えを提起することができます。

なお、異議申立てのみをした場合には、この処分の取消の訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内に提起することができます。

問い合わせ先

三木町 福祉介護課

住所 香川県木田郡三木町氷上310番地 電話 087-891-3304