

三木町告示第 143 号

三木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 16 号

三木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を改正する規則

三木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 19 年三木町規則第 14 号）の一部を次のように改正する。

様式第 1 号、様式第 7 号、様式第 22 号、様式第 24 号、様式第 25 号、様式第 27 号、様式第 28 号及び様式第 29 号を次のように改める。

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7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 地域生活支援事業）

申請書 申請書
支給 兼利用者負担額減額・免除等 変更申請書

三木町長 殿
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
支給申請に係る障害児氏名		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
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援（B型）のサービスを申請する者に限る。）				有 ・ 無

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間		
	利用中のサービスの種類と内容等						
介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護	1 2 3 4 5		
	利用中のサービスの種類と内容等						
申請（変更を申請）するサービス	区分	サービスの種類			申請に係る具体的内容		
	訪問系・その他	介護給付費		訓練等給付費		(地域生活支援事業) 移動支援 時間/月	現在
		☐ 居宅介護		☐ 就労定着支援			
		☐ 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					
	☐ 地域生活支援事業						
	日中活動系	☐ 療養介護		☐ 自立訓練（機能訓練）		地域活動支援センターⅡ型 日/月	
☐ 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		日中一時支援 日/月		
地域相談支援	☐ 地域移行支援						
	☐ 地域定着支援						

サービス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、三木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。 ☐ 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		

(※) 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○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯(※)に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯(障害者：所得割16万円未満、障害児：所得割28万円未満)に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 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(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		

療養介護医療受給者証												
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	生年月日											
氏名	年 月 日											
負担上限月額	療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)				月額				円			
	食事療養(生活療養)				月額				円			
適用期間	平成	年	月	日	から	平成	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 療養介護を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証及びマイナ保険証（健康保険利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 3 療養介護医療の負担上限額は、この証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。（※医療型個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）
- 4 療養介護医療の負担上限額は、毎年利用者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
- 5 療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。
- 6 この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。
- 7 支給決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
- また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。
- 8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
- また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。
- 9 受給者の資格がなくなつたときは、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。

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			年齢	歳	生 年 月 日			
	フリガナ 受診者住所					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	受診者の医療保険各法 による記号及び番号			保険者名				
	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 三木町長 殿									

※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 再認定または変更の方のみ記入。
※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	年 月 日	進達年月日	年 月 日	認定年月日	年 月 日				
前回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当				
今回所得区分	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上			重度かつ継続	該当 ・ 非該当				
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類()								
前回の受給者番号				今回の受給者番号					
備 考									

様式第24号(第16条関係)

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							生年月日	
	氏 名							年 月 日	
	フリガナ								
	住 所								
	受診者の医療保険各法による 記号及び番号						保険者名		
	重度かつ継続	該当 ・ 非該当							
保護者(受診者が18歳未満の 場合記入)		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		年 月 日 から 年 月 日 まで							
上記のとおり認定する。 年 月 日 三木町長 印									

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	有 ・ 無

※ 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。

様式第 25 号(第 17 条関係)

自立支援医療受給者証等記載事項変更届				
受診者	フリガナ		生年月日	
	氏名		年 月 日	
	住所			
	個人番号			
保護者(受診者が18歳未満の場合のみ記入)		フリガナ		続柄
		氏名		
		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)			
	医療保険各法に関する事項 (記号及び番号・保険者名・受診者 と同一の加入者)			
	身体障害者手帳番号			
備考				
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療費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				
三木町長 殿				

※ 自己負担上限額(所得区分及び重度かつ継続該当・非該当)及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)に記載すること。

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日						年 月 日	
三木町長 殿							
(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			電 話		
身 体 障 害 者 手 帳 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					
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称						
	所 在 地						
	電 話				F A X		
該 当 す る 所 得 区 分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 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。					

調 査 書

申請年月日		年 月 日		申請者氏名			
申請の種類		購入(借受けの意向 有・無) ・ 借受け ・ 修理 ※迅速判定 (有・無)					
対 象 者	住 所						
	フリガナ 氏 名						
	生 年 月 日	年 月 日		電話			
世 帯 員 の 状 況	氏 名	年 齢	対 象 者 と 続 柄	課 税 状 況		備 考	
				課 税 区 分	市 町 村 民 税 所 得 割		
	非 課 税 世 帯	氏 名	所 得 円	障害年金 円	手 当 円	合 計 円	
世帯区分	1. 生活保護 (2. 低所得1 3. 低所得2) 4. 一般 5. 一定所得以上						
基 準 額	見 積 額		利用者負担額		公費負担額		
円	円						
月額負担上限額							
円			円		円		
用 具 名	基 準 額	見 積 額	利用者負担		公費負担		
合 計							
上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者 ㊟							

補装具費支給決定通知書

年 月 日				
様				
三木町長				
標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。				
対象者	住 所			
	フリガナ氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	電話	
支給番号			支給決定日	年 月 日
決定内容		(購入・借受け・修理)	借受け期間	年 月 日～ 年 月 日
補装具業者	名 称			
	所在地			
	電 話			
基 準 額		見 積 額	利用者負担額	
円		円	合計額	円
月額負担上限額		月額 (借受けの場合)	(初 月)	円
			(中間月)	円
			(最終月)	円
円				円
備 考				
教 示				
この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に香川県知事に対して審査請求をすることができます。				
この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、三木町長を被告として（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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。				
また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。				