

浦安市児童福祉法に基づく障害児通所給付費の支給等に関する規則

令和5年3月31日

規則第25号

(趣旨)

第1条 この規則は、児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）に基づき市が行う、障害児通所給付費、特例障害児通所給付費及び高額障害児通所給付費、肢体不自由児通所医療費並びに障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費の支給に関し、法、児童福祉法施行令（昭和23年政令第74号。以下「政令」という。）及び児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、法の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(通所給付決定の申請等)

第2条 省令第18条の6第1項に規定する申請書は、浦安市障害児通所給付費支給申請書（別記第1号様式）によるものとする。

2 省令第18条の6第2項第1号及び第2号に掲げる書類は、世帯状況・収入等申告書（別記第2号様式）とする。

(障害児支援利用計画案の提出を求める通知)

第3条 省令第18条の13（省令第18条の23第2項において準用する場合を含む。）の規定による通知は、浦安市障害児支援利用計画案提出依頼書（別記第3号様式）により行うものとする。

(通所支給要否決定の通知等)

第4条 市長は、法第21条の5の7第1項の規定により支給の決定を行ったときは、浦安市障害児通所給付費支給決定通知書（別記第4号様式）により、当該申請を行った者に通知するものとする。

2 市長は、法第21条の5の7第1項の規定により支給しない旨の決定を行ったときは、浦安市障害児通所給付費支給却下決定通知書（別記第5号様式）により、当該申請を行った者に通知するものとする。

3 法第21条の5の7第9項に規定する通所受給者証は、通所受給者証（別記第6号様式）とする。

4 市長は、法第21条の5の29第1項の規定により肢体不自由児通所医療費を支給するときは、前項の通所受給者証（別記第6号様式）に併せて、肢体不自由児通所医療受給者証（別記第7号様式）を交付するものとする。

（通所給付決定に係る申請内容の変更の届出）

第5条 省令第18条の6第7項に規定する届出書は、浦安市障害児通所給付費申請内容変更届出書（別記第8号様式）によるものとする。

（通所受給者証等の再交付の申請）

第6条 省令第18条の6第10項に規定する申請書は、浦安市通所受給者証等再交付申請書（別記第9号様式）によるものとする。

（通所給付決定の変更の申請等）

第7条 省令第18条の21に規定する申請書は、浦安市障害児通所給付費支給決定変更申請書（別記第10号様式）によるものとする。

2 省令第18条の22の規定による通知は、浦安市障害児通所給付費支給決定変更通知書（別記第11号様式）又は浦安市障害児通所給付費支給決定変更却下通知書（別記第12号様式）により行うものとする。

（通所給付決定の取消しの通知）

第8条 省令第18条の24第1項の規定による通知は、浦安市障害児通所給付費支給決定取消通知書（別記第13号様式）により行うものとする。

（特例障害児通所給付費の支給の申請等）

第9条 省令第18条の5第1項に規定する申請書は、浦安市特例障害児通所給付費支給申請書（別記第14号様式）によるものとする。

2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、支給の可否を決定し、その結果を浦安市特例障害児通所給付費支給・支給却下決定通知書（別記第15号様式）により、当該申請を行った者に通知するものとする。

（特例障害児通所給付費の額）

第10条 法第21条の5の4第3項の規定により市が定める特例障害児通所給

付費の額は、同項の規定によりその基準とされる額とする。

(障害児通所給付費等の額の特例)

第11条 通所給付決定保護者は、法第21条の5の11の規定により障害児通所給付費又は特例障害児通所給付費の額の特例の適用を受けようとするときは、浦安市障害児通所給付費・特例障害児通所給付費特例適用申請書（別記第16号様式）に、第4条第3項に規定する通所受給者証及び障害児通所支援に要する費用を負担することが困難であることを証する書類を添えて、市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の規定による申請を受けたときは、その内容を審査し、その結果を、浦安市障害児通所給付費・特例障害児通所給付費特例適用・適用却下決定通知書（別記第17号様式）により、当該申請を行った者に通知するものとする。

3 市長は、前項の規定により特例の適用を決定したときは、第4条第3項に規定する通所受給者証に当該決定に係る事項を記載し、これを返還するものとする。

4 第2項の規定により特例の適用の決定を受けた通所給付決定保護者は、当該特例を必要とする事情が消滅したときは、直ちにその旨を市長に届け出なければならない。

(負担上限月額管理)

第12条 市長は、通所給付決定保護者のうち、政令第24条各号に掲げる額（以下「負担上限月額」という。）を超えると見込まれるもの（以下「上限額管理対象者」という。）について、当該通所給付決定保護者が利用する障害児通所支援事業所又は障害児相談支援事業所（以下「サービス提供事業所」という。）により負担上限月額の管理を行う必要があると認めるときは、第4条第3項に規定する通所受給者証を交付する際に、当該受給者証に上限額管理対象者である旨を記載するものとする。

2 上限額管理対象者は、複数のサービス提供事業所と利用契約を締結した場合に、いずれかのサービス提供事業所に負担上限月額の管理の依頼を行うことができる。

3 上限額管理対象者は、前項の規定による負担上限月額管理の依頼を行ったときは、浦安市障害児通所支援負担上限額管理事務依頼届出書（別記第18号様式）に、第4条第3項に規定する通所受給者証を添えて、市長に届け出なければならない。

4 市長は、前項の規定による届出を受けたときは、当該受給者証に負担上限月額の管理に必要な事項を記載し、これを返還するものとする。

（高額障害児通所給付費の支給の申請等）

第13条 省令第18条の26第1項に規定する申請書は、浦安市高額障害児通所給付費支給申請書（別記第19号様式）によるものとする。

2 市長は、前項の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、支給の可否を決定し、その結果を浦安市高額障害児通所給付費支給・支給却下決定通知書（別記第20号様式）により、当該申請を行った者に通知するものとする。

（障害児相談支援給付費の支給の申請等）

第14条 省令第25条の26の3第1項に規定する申請書は、浦安市障害児相談支援給付費支給申請書（別記第21号様式）によるものとする。

2 前項の申請書には、浦安市障害児相談支援依頼事業所届出書（別記第22号様式）を添付しなければならない。

3 省令第25条の26の3第3項の規定による通知は、浦安市障害児相談支援給付費支給・支給却下決定通知書（別記第23号様式）により行うものとする。

4 障害児相談支援対象保護者が障害児相談支援事業所を変更したときは、浦安市障害児相談支援依頼事業所届出書（別記第22号様式）により、市長に届け出なければならない。

5 省令第25条の26の4第2項の規定による通知は、浦安市障害児相談支援給付費支給決定取消通知書（別記第24号様式）により行うものとする。

附 則

この規則は、令和5年10月1日から施行する。

別 記

第 1 号様式 (第 2 条第 1 項) (表)

浦安市障害児通所給付費支給申請書

(宛先) 浦安市長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	ふりがな		個人番号	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆
	氏 名		生年月日								
	居 住 地	連絡先									
支給申請に係る 児 童 氏 名	ふりがな		個人番号	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆	┆
			生年月日								
			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 保 険 者 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、肢体不自由児通所医療を申請する場合に記入すること。

障がい福祉関係 サービスの 利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等：
---------------------------	------------------

申請するサービス	サービスの種類	申請に係る具体的内容
申請するサービス	<input type="checkbox"/> 児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援	
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援	

障害児支援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、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、浦安市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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 _____

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	連絡先		

申請する減額・免除の種類	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 以下の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付け、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 円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> 2 多子軽減措置に関する認定 以下の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付け、いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) (1) 第2子に該当する者 (2) 第3子以降に該当する者 添付書類 在園証明等
	<input type="checkbox"/> 3 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置)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)を申請します。 添付書類 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書

備考 事実関係を確認することができる書類を添付すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(以下の欄を記入すること。)		
ふりがな			
氏名		本人との関係	
住所	連絡先		

第2号様式（第2条第2項）

世帯状況・収入等申告書

（宛先）浦安市長

申告年月日 年 月 日

住所
申告者
氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

氏名	生 年 月 日	個人番号	本人と の関係	市町村民税 の状況
申告者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

2 申告者の収入の状況について

以下の(1)及び(2)は、肢体不自由児通所医療費の申請者で非課税世帯に該当する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

※申請する月の属する年度（申請する月が4月から6月までの場合にあっては、前年度）分の合計所得金額を記入してください。

(2) 収入等の状況

ア 収入（年収）

区分	種類	収入額
稼得等 収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別児童扶養手当、障害児福祉手当、特別障害者手当及び経過的福祉手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
その他 収入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

イ 必要経費

種類	内容	金額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申告書提出者	<input type="checkbox"/> 申告者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（以下の欄を記入すること。）		
ふりがな 氏名		本人と の 関係	
住所	連絡先		

備考 収入等を確認することができる書類を添付してください。

第3号様式（第3条）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市障害児支援利用計画案提出依頼書

児童福祉法第21条の5の7第4項の規定により、通所支給要否決定を行うに
当たって、障害児支援利用計画案の提出を求めます。

なお、提出に当たっては、次の書類を添付してください。

- 1 浦安市障害児相談支援給付費支給申請書（別記第21号様式）
- 2 浦安市障害児相談支援依頼事業所届出書（別記第22号様式）

提出先

提出期限 年 月 日

第4号様式 (第4条第1項)

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市障害児通所給付費支給決定通知書

年 月 日付けで申請のありました障害児通所給付費の支給について、児童福祉法第21条の5の7第1項の規定により下記のとおり決定し、受給者証を交付するので、通知します。

記

通所受給者証番号		給付決定年月日	
通所給付決定保護者氏名		通所給付決定に係る児童氏名	
利用者負担上限月額	月額 円	左の上限月額の適用期間	
多子軽減対象		無償化対象期間	
給付決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	特記事項		

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療(食事療養を除く。)の負担上限月額	月額 円		
	上限額の適用期間			

教示

- 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3か月以内に千葉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 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か月以内に浦安市を被告として(訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。)、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に除く。)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。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第5号様式（第4条第2項）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市障害児通所給付費支給却下決定通知書

年 月 日付で申請のありました障害児通所給付費の支給について、次の理由により却下決定したので、通知します。

1 申請事項

2 却下の理由

教示

- 1 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3か月以内に千葉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 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か月以内に浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、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。
 - (1) 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。
 - (2) 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。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第6号様式（第4条第3項）

(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
児童	フリガナ
	氏名
	生年月日
交付年月日	
支給市町村名 及び印	

(二)

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	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
特記事項欄	
予備欄	

(三)

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	
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	
特記事項欄	
予備欄	

(四)

相談支援給付費の支給内容	
支給期間	
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	
適用期間	
食事提供体制加算対象者	
適用期間	
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	

(六)

番号	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	
	当該契約支給量による支援提供終了日	
	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	
	当該契約支給量による支援提供終了日	
	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	
	当該契約支給量による支援提供終了日	
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

(七)

番号	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	
	当該契約支給量による支援提供終了日	
	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	
	当該契約支給量による支援提供終了日	
	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	
	当該契約支給量による支援提供終了日	
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

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 指定通所支援、共生型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。

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、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。
- 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 給付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。

第7号様式（第4条第4項）

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					
	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)					
適用期間						
交付年月日						
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給付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。

第8号様式（第5条）

浦安市障害児通所給付費申請内容変更届出書

（宛先）浦安市長

届出年月日 年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

ふりがな		個人番号							
通所給付決定 保護者氏名		生年月日							
居住地	連絡先								
ふりがな		個人番号							
通所給付決定に 係る児童氏名		生年月日							
		続柄							

変更した事項 (該当するものに○を付けてください。)	通所給付決定保護者	①氏名	②居住地	③個人番号	④連絡先
	通所給付決定に係る児童	⑤氏名	⑥個人番号	⑦保護者との続柄	
	その他				
変更内容	変更前				
	変更後				

備考 変更した内容を証する書類を添付すること。

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（以下の欄を記入すること。）		
ふりがな		本人との関係	
氏名			
住所	連絡先		

第9号様式（第6条）

浦安市通所受給者証等再交付申請書

（宛先）浦安市長

申請年月日 年 月 日

受給者証の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

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

ふりがな		個人番号																		
通所給付決定 保護者氏名		生年月日																		
居住地	連絡先																			
ふりがな		個人番号																		
通所給付決定に 係る児童氏名		生年月日																		
		続柄																		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（以下の欄を記入すること。）		
ふりがな		本人と の関係	
氏名			
住所	連絡先		

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的な状況：
-------	----------------------------------

備考

- 1 受給者証を破り、又は汚した場合は、現在お持ちの受給者証を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、紛失した受給者証を発見したときは、速やかに返還してください。

第10号様式 (第7条第1項)

(表)

浦安市障害児通所給付費支給決定変更申請書

(宛先) 浦安市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

申請者	ふりがな		個人番号										
	氏名		生年月日										
	居住地	連絡先											
通所給付決定に係る児童氏名	ふりがな		個人番号										
			生年月日										
			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※			保険者名及び保険者番号※										

※ 「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、肢体不自由児通所医療を申請する場合に記入すること。

障がい福祉関係サービスの利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等：												
変更の理由													
変更申請するサービス	サービスの種類			変更申請に係る具体的内容									
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援												
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援												
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス												
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援												
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援													
<p>障害児支援利用計画又は個別支援計画を作成するため必要があるときは、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、浦安市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又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。</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 _____</p>													

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	連絡先		

申請する減額・免除の種類	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 以下の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付け、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 円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> 2 多子軽減措置に関する認定 以下の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付け、いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) (1) 第2子に該当する者 (2) 第3子以降に該当する者 添付書類 在園証明等
	<input type="checkbox"/> 3 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置)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)を申請します。 添付書類 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書

備考 事実関係を確認することができる書類を添付すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(以下の欄を記入すること。)		
ふりがな			
氏名		本人との関係	
住所	連絡先		

第11号様式 (第7条第2項)

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市障害児通所給付費支給決定変更通知書

年 月 日付けで申請のありました障害児通所給付費の支給決定の変更について、児童福祉法第21条の5の8第2項の規定により下記のとおり決定したので、通知します。

記

通所受給者証番号															変更年月日	
通所給付決定保護者氏名											通所給付決定に係る児童氏名					
変更の内容	変更前															
	変更後															

受給者証を次の提出先に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先

提出期限

教示

- 1 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3か月以内に千葉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 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か月以内に浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、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は除く。）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。
 - (1) 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。
 - (2) 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。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第12号様式（第7条第2項）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市障害児通所給付費支給決定変更却下通知書

年 月 日付けで申請のありました障害児通所給付費の支給決定の変更について、次の理由により却下決定したので、通知します。

1 申請事項

2 却下の理由

教示

- 1 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3か月以内に千葉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 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か月以内に浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、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。
 - (1) 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。
 - (2) 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。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第13号様式 (第8条)

第 年 月 日 号

様

浦安市長



浦安市障害児通所給付費支給決定取消通知書

児童福祉法第21条の5の9第1項の規定により、下記のとおり決定を取り消したので、通知します。

記

通所受給者証番号										
通所給付決定 保護者氏名					通所給付決定に 係る児童氏名					
支給決定取消日										
取消しの理由										

受給者証を次の返還先に返還してください。ただし、既に受給者証を返還されている方は、不要です。

返還先

返還期限

教示

- 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3か月以内に千葉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 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か月以内に浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、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。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第14号様式（第9条第1項）

浦安市特例障害児通所給付費支給申請書

(宛先) 浦安市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		個人番号															
	氏名		生年月日															
	居住地	連絡先																
支給申請に係る児童氏名	ふりがな		個人番号															
	児童氏名		生年月日															
			続柄															
通所受給者証番号																		
特例障害児通所給付費の申請額	円																	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		<input type="checkbox"/> 本人以外（以下の欄を記入すること。）	
ふりがな		本人との関係		
氏名				
住所	連絡先			

上記の特例障害児通所給付費を以下の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	金融機関名	本店・支店名	種目						
				口座番号					
	ふりがな								
	口座名義人								

備考 該当月分の特例障害児通所給付費の額を証する書類（領収証）及びサービス提供証明書を添付すること。

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市特例障害児通所給付費支給・支給却下決定通知書

年 月 日付けで申請のありました特例障害児通所給付費の支給について、児童福祉法第21条の5の4第1項の規定により下記のとおり決定したので、通知します。

記

通所受給者証番号									
申請者氏名					支給申請に係る児童氏名				
決定年月日									
特例障害児通所給付費の申請額									円
支給決定の内容									
支給	<input type="checkbox"/> する	<input type="checkbox"/> しない	支給金額						円
支給却下・減額の理由									

教示

- 1 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3か月以内に千葉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 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か月以内に浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、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。
 - (1) 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。
 - (2) 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。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第16号様式 (第11条第1項)

浦安市障害児通所給付費・特例障害児通所給付費特例適用申請書

(宛先) 浦安市長

申請年月日 年 月 日

障害児通所給付費又は特例障害児通所給付費の額の特例の適用を受けたいので、次のとおり申請します。

ふりがな		生 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	連絡先		
ふりがな		生 年 月 日	
通所給付決定に 係る児童氏名		続 柄	
申 請 の 理 由			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (以下の欄を記入すること。)		
ふりがな		本 人 と の 関 係	
氏 名			
住 所	連絡先		

第17号様式（第11条第2項）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市障害児通所給付費・特例障害児通所給付費特例適用・適用却下決定通知書

年 月 日付けで申請のありました障害児通所給付費・特例障害児通所給付費の額の特例の適用について、次のとおり決定したので通知します。

通所給付決定 保護者氏名										
通所給付決定に 係る児童氏名										
通所受給者証番号										

決定年月日										
決定事項	1 適用する									
	2 適用しない 理由：									

教示

- 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3か月以内に千葉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 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か月以内に浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、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は除く。）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。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第18号様式（第12条第3項）

浦安市障害児通所支援負担上限額管理事務依頼届出書

(宛先) 浦安市長

届出年月日 年 月 日

次のサービス提供事業所に障害児通所支援負担上限月額管理を依頼したことを届け出ます。

ふりがな 上限額管理 対象者（保 護者）氏名	生年月日														
		通所受給 者証番号														
居住地	連絡先															
ふりがな 上限額管理に 係る児童氏名	生年月日														
		続柄														
障害児通所支援負担上限月額管理の依頼を受けたサービス提供事業所（負担上限月額管理事業所）記載欄																
上記の者から、 年 月 日に依頼のあった障害児通所支援負担上限月額管理について、責任を持って行うことを承諾します。																
年 月 日																
事業者名																
代表者氏名																
該当する 事業所の名称																
該当する事業所の 所在地及び連絡先																
事業所を変更する 場合の事由等																
変更年月日																

※事業所を変更する場合は、その旨を、変更前の事業所へ必ず連絡してください。

同 意 欄	障害児通所支援負担上限月額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記の負担上限月額管理事業所に、私のサービス利用状況に関する情報を提供することに同意します。															
	年 月 日															
	上限額管理対象者（保護者）氏名															

備考

- この届出書は、障害児通所支援負担上限月額管理を依頼する事業所が決まり次第、受給者証を添えて、次の提出先に提出してください。
- 障害児通所支援負担上限月額管理を依頼する事業所を変更するときは、変更年月日を記入の上、次の提出先に提出してください。

提出先

第19号様式 (第13条第1項)

浦安市高額障害児通所給付費支給申請書

(宛先) 浦安市長

申請年月日 年 月 日

次のとおり、高額障害児通所給付費の支給を申請します。

ふりがな		①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法	
通所給付決定 保護者氏名		制度	受給者証番号 又は 被保険者証番号
個人番号		①	
生年月日		②	
		③	
居住地	連絡先		
ふりがな		続柄	
通所給付決定に 係る児童氏名		生年月日	
個人番号			
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	
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 の通所 給付決 定保護 者等	氏名	生年月日	①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法
			制度
			受給者証番号 又は 被保険者証番号
	個人番号		①
			②
			③
	個人番号		①
			②
			③
	個人番号		①
			②
			③

備考

- 1 支払額を証する領収書を添付してください。
- 2 申請者と同一世帯に属する他の通所給付決定保護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以下の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	金融機関名	本店・支店名	種目	
			口座番号	
	ふりがな			
	口座名義人			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 通所給付決定保護者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (以下の欄を記入すること。)	
ふりがな		本人と の関係
氏名		
住所	連絡先	

年 月 日

様

浦安市長



浦安市高額障害児通所給付費支給・支給却下決定通知書

年 月 日付けで申請のありました高額障害児通所給付費について、児童福祉法第21条の5の12第1項の規定により下記のとおり決定したので、通知します。

記

通所給付決定 保護者氏名										
通所給付決定に 係る児童氏名										
通所受給者証番号										

決定年月日			
本人支払額		申請に係る サービス利用月	
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	
却下の理由			

教示

- 1 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3か月以内に千葉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 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か月以内に浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、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。
 - (1) 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。
 - (2) 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。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第 2 1 号様式 (第14条第 1 項)

浦安市障害児相談支援給付費支給申請書

(宛先) 浦安市長

申請年月日 年 月 日

障害児相談支援給付費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者	ふりがな		個人番号										
	氏 名		生年月日										
	居住地												
		連絡先											
支給申請に係る児童氏名	ふりがな		個人番号										
			生年月日										
			続 柄										

備考 通所受給者証を添付してください。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外 (以下の欄を記入すること。)		
ふりがな		本人との関係	
氏 名			
住 所	連絡先		

第22号様式（第14条第2項・第4項）

浦安市障害児相談支援依頼事業所届出書

(宛先) 浦安市長

届出年月日 年 月 日

次のとおり届け出ます。

区 分		新 規 ・ 変 更			
届 出 者	ふりがな		個人番号		
	氏 名		生年月日		
	居 住 地	連絡先			
	ふりがな		個人番号		
届 出 に 係 る 児 童 氏 名			生年月日		
			続 柄		
障害児相談支 援を依頼した 障 害 児 相 談 支 援 事 業 所	ふりがな				
	事業所名				
	所在地	連絡先			

※障害児相談支援事業所を変更する場合は、以下の欄を記入すること。

変更する理由	
変更年月日	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 届出者本人 <input type="checkbox"/> 本人以外（以下の欄を記入すること。）		
ふりがな		本人と の 関 係	
氏 名			
住 所	連絡先		

第23号様式（第14条第3項）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市障害児相談支援給付費支給・支給却下決定通知書

年 月 日付けで申請のありました障害児相談支援給付費の支給について、児童福祉法第24条の26第1項の規定により下記のとおり決定したので、通知します。

記

通所受給者証番号										
障害児相談支援対象保護者氏名										
障害児相談支援対象保護者に係る児童氏名										
支給の可否	<input type="checkbox"/> 支給する	支給期間								
		モニタリング期間								
<input type="checkbox"/> 支給しない	支給しない理由									

教示

- この決定に不服がある場合には、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、浦安市長に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、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か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、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か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第24号様式（第14条第5項）

第 号
年 月 日

様

浦安市長



浦安市障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

児童福祉法第24条の26第1項の規定により、下記のとおり支給決定を取り消したので、通知します。

記

通所受給者証番号										
障害児相談支援対象保護者氏名										
支給決定取消しに係る児童氏名										
支給決定取消日										
取消しの理由										

通所受給者証を次の提出先に提出してください。ただし、既に通所受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先

提出期限

教示

- この決定に不服がある場合には、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、浦安市長に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、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か月以内に、浦安市を被告として（訴訟において浦安市を代表する者は浦安市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、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か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。ただし、上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。