

熊本県公報

号外 第32号の3
平成18年9月29日(金)
(毎週 月・水・金発行)

目 次

規 則

- 熊本県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則……………(障害者支援総室) 1

規 則

熊本県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。
平成18年9月29日

熊本県知事 潮 谷 義 子

熊本県規則第62号

熊本県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則
熊本県児童福祉法施行細則(昭和43年熊本県規則第34号)の一部を次のように改正する。

第2条第2項中第11号を第14号とし、第1号から第10号までを3号ずつ繰り下げ、同項に第1号から第3号までとして次の3号を加える。

- (1) 法第24条の3第2項の規定により、障害児施設給付費の支給の要否の決定を行うこと。
- (2) 法第24条の3第6項の規定により、受給者証を交付すること。
- (3) 法第24条の4第1項の規定により、障害児施設給付費を支給する旨の決定の取消しを行うこと。

第2条第2項に次の1号を加える。

- (15) 施行規則第25条の19第3項の規定により、特定入所障害児食費等給付費の支給の決定を行うこと。

第8条の次に次の2条を加える。
(障害児施設給付費等の支給申請)

第8条の2 法第24条の3第1項の規定による障害児施設給付費の支給申請及び施行規則第25条の19第1項の規定による特定入所障害児食費等給付費の支給申請は、障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(別記第15号様式の3)によるものとする。
(支給の決定等)

第8条の3 児童相談所長は、法第24条の3第2項の規定により、障害児施設給付費を支給する旨の決定をしたとき及び施行規則第25条の19第3項の規定により、特定入所障害児食費等給付費の支給の決定を行ったときは、障害児の保護者(法第6条に規定する保護者をいう。以下同じ。)に対して障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書(別記第15号様式の4)並びに障害児施設給付費受給者証(別記第15号の5様式)及び障害児施設医療費受給者証(別記第15号様式の6)を交付するものとする。

2 児童相談所長は、法第24条の3第2項の規定により、障害児施設給付費を支給しない旨の決定をしたときは、障害児の保護者に対して障害児施設給付費支給却下決定通知書(別記第15号様式の7)を交付するものとする。

3 児童相談所長は、法第24条の4第1項の規定により、障害児施設給付費を支給する旨の決定の取消しを行ったときは、障害児の保護者に対して障害児施設給付費支給決定取消通知書(別記第15号様式の8)を交付するものとする。

4 児童相談所長は、前3項の決定を行ったときは、その旨を障害児の保護者の居住地を管轄する福祉事務所長及び居住町村長に通知しなければならない。

第9条第1項中「(法第6条に規定する保護者をいう。以下同じ。)」を削る。
別記第15号様式の2の次に次の6様式を加える。

別記第15号様式の3（第8条の2関係）

障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

熊本県（中央・八代）児童相談所長 様

児童福祉法第24条の3第1項及び児童福祉法施行規則第25条の19第1項の規定に基づき、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	明治 大正	年 月 日
	氏 名			昭和 平成	
	居住地	〒 電話番号 - -			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	昭和・平成	年 月 日
			続柄		
支給申請に係る児童居住地	フリガナ				
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	
保険者名及び番号			被保険者証の記号及び番号		

※「保険者名及び番号」欄及び「被保険者証の記号及び番号」欄は、第1種自閉症児施設、肢体不自由児施設、肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設及び指定医療機関の利用を申請する場合、記入してください。

サービス利用の状況	
障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類と内容等
障害児施設支援 (施設サービス)	利用中の施設名等

申請する施設支援の種類・申請に係る具体的内容			
種類	<input type="checkbox"/> 知的障害児施設	<input type="checkbox"/> 第1種自閉症児施設	<input type="checkbox"/> 第2種自閉症児施設
	<input type="checkbox"/> 知的障害児通園施設	<input type="checkbox"/> 盲児施設	<input type="checkbox"/> ろうあ児施設
	<input type="checkbox"/> 難聴幼児通園施設	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設（入所）	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設（通所）
	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児通園施設	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設
	<input type="checkbox"/> 指定医療機関（肢体不自由児）	<input type="checkbox"/> 指定医療機関（重症心身障害児）	
具体的内容			

申 請 す る 減 免 の 種 類	
1 負担上限月額に関する認定	<input type="checkbox"/> 次の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。) (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であって、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。 (3) 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの。
2 個別減免及び医療型個別減免に関する認定	<施設を利用する方が20歳以上の場合> <input type="checkbox"/> 次のいずれにもあてはまるため、個別減免を申請します。 (1) 施設入所者(注)であること。(年令 才) (2) 市町村民税非課税世帯の者 (3) 一定の資産を有していないこと。 ア 預貯金等の額が350万円以下であること。 イ 不動産を所有していない。(親族等が現に居住する不動産を除く。) <hr/> <施設を利用する方が20歳未満の場合> <input type="checkbox"/> 次にあてはまるため、個別減免を申請します。 医療型施設入所者(注)であること。(年令 才)
3 特定入所障害児食費等給付費に関する認定(医療型施設は除く。)	<施設を利用する方が20歳以上の場合> <input type="checkbox"/> 次のいずれにもあてはまるため、特定入所者食費等給付費を申請します。 (1) 施設入所者(注)であること。(年令 才) (2) 市町村民税非課税世帯の者
	<施設を利用する方が20歳未満の場合> <input type="checkbox"/> 次にあてはまるため、特定入所者食費等給付費を申請します。 施設入所者(注)であること。(年令 才)
4 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置(<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付)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してください。

(注) 対象施設は、障害児施設給付費の対象となる入所施設(通所施設は除く。)

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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		

別記第15号様式の4(第8条の3関係)

障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

第 号
年 月 日

様

熊本県(中央・八代)児童相談所長

年 月 日付けで申請のありました障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等について、児童福祉法第24条の2第3項、第24条の3第2項及び児童福祉法施行規則第25条の19第3項の規定により、下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

受給者証番号		施設給付決定 保護者氏名	
給付決定日		給付決定に係る 児童氏名	

施設支援の種類及び内容	給付決定期間

負担上限月額 (障害児施設給付費)	円	適用期間	
負担上限月額 (障害児施設医療費)	円	適用期間	
負担上限月額 (食事療養)	円	適用期間	
公費負担者 番号		公費受給者 番号	

特定入所障害児 食費等給付費	日額	円	適用期間	
-------------------	----	---	------	--

(教示)

- この処分について不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に、行政不服審査法第4条の規定により熊本県知事に対して審査請求をすることができます。
なお、審査請求書(2通)は知事あてにして、児童相談所を経由して提出してください。
- この処分の取消しの訴えは、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、熊本県を被告として(熊本県知事が被告の代表者となります。)提起することができます。ただし、この通知を受けた日の翌日から起算して60日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判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。

(注)不要の文字は、抹消すること。

別記第15様式の5(第8条の3関係)

<p>(1)</p> <p style="text-align: center;">障害児施設受給者証</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">受給者証番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td>施設 給付決定 保護者</td> <td>居住地</td> </tr> <tr> <td>フリガナ 氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ 氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">支給都道府県 又は市の名称 及び印</td> </tr> </table>	受給者証番号		施設 給付決定 保護者	居住地	フリガナ 氏名		生年月日		フリガナ 氏名		生年月日		交付年月日		支給都道府県 又は市の名称 及び印		<p>(2)</p> <p style="text-align: center;">施設給付決定の内容</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">施設支援助の種別 及び内容</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>給付決定期間</td> <td colspan="2">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</td> </tr> <tr> <td>利用者負担割合(原則)</td> <td>1割</td> <td>負担上限月額</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td colspan="2">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">特定入所障害児食費等給付費の支給内容</td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td colspan="2">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">社会福祉法人等による軽減措置の適用</td> </tr> <tr> <td>軽減適用期間</td> <td colspan="2">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">特記事項</td> </tr> </table>	施設支援助の種別 及び内容			給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		利用者負担に関する事項			利用者負担割合(原則)	1割	負担上限月額	適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		特定入所障害児食費等給付費の支給内容			支給額			適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		社会福祉法人等による軽減措置の適用			軽減適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		特記事項			<p>(3)</p> <p style="text-align: center;">指定知的障害児施設等の記入欄</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:20%;">指定知的障害児施設等の名称</td> <td style="width:20%;">入所日</td> <td style="width:20%;">入所日・退所日</td> <td style="width:20%;">施設確認印</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>入所日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>入所日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日</td> <td>年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">(予備欄)</p>	指定知的障害児施設等の名称	入所日	入所日・退所日	施設確認印		年 月 日	年 月 日			退所日	年 月 日			年 月 日				入所日	年 月 日			退所日	年 月 日			年 月 日				入所日	年 月 日			退所日	年 月 日			年 月 日		
受給者証番号																																																																																											
施設 給付決定 保護者	居住地																																																																																										
フリガナ 氏名																																																																																											
生年月日																																																																																											
フリガナ 氏名																																																																																											
生年月日																																																																																											
交付年月日																																																																																											
支給都道府県 又は市の名称 及び印																																																																																											
施設支援助の種別 及び内容																																																																																											
給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																																										
利用者負担に関する事項																																																																																											
利用者負担割合(原則)	1割	負担上限月額																																																																																									
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																																										
特定入所障害児食費等給付費の支給内容																																																																																											
支給額																																																																																											
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																																										
社会福祉法人等による軽減措置の適用																																																																																											
軽減適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																																										
特記事項																																																																																											
指定知的障害児施設等の名称	入所日	入所日・退所日	施設確認印																																																																																								
	年 月 日	年 月 日																																																																																									
	退所日	年 月 日																																																																																									
	年 月 日																																																																																										
	入所日	年 月 日																																																																																									
	退所日	年 月 日																																																																																									
	年 月 日																																																																																										
	入所日	年 月 日																																																																																									
	退所日	年 月 日																																																																																									
	年 月 日																																																																																										

別記第15様式の5(第8条の3関係)

(4)	(5)	(6)
注意事項欄	注意事項欄	注意事項欄
<p>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。</p> <p>2 障害児施設支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定知的障害児施設等に提示してください。</p> <p>3 指定施設支援を受けたときに支払う金額は、指定施設支援に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の1割です。ただし、この証の(2)面の負担上限月額欄に記載された金額が1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を表示しています。)</p> <p>また、食事及び居住に要した費用については、特定入所障害児食費等給付費欄に記載する額を1日当たりの上限として支給します。</p> <p>4 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費については、毎年、施設給付決定保護者等の収入等に準じて決定します。ので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を児童相談所に提出してください。</p>	<p>5 給付決定期間を経過したときは、障害児施設給付費の支給を受けられませんが、給付決定期間を経過する前に、児童相談所に、この証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。</p> <p>6 この証の(1)、(2)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、児童相談所にその旨を届け出てください。</p> <p>7 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県に移すと、この証は使えなくなり、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した児童相談所に御連絡又は御相談ください。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の都道府県に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した児童相談所に届け出てください。</p>	<p>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。</p> <p>また、再交付を受けた後、紛失したことの証を発見したときは、速やかに児童相談所に返してください。</p> <p>9 受給者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を児童相談所に返してください。</p> <p>10 この証を不正に使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p> <p>11 施設給付決定の内容欄に記載されていない指定施設支援については、障害児施設給付費の支給は受けられません。</p>

別記第15号様式の6 (第8条の3関係)

障害児施設医療受給者証										
公費負担者番号										
公費受給者番号										
施設										
給付決定	居住地									
保護者	フリガナ	生年月日		年		月		日		
	氏名									
児童	フリガナ	生年月日		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		年		月		日		
	交付年月日	年		月		日				
	給付決定期間	年		月		日		まで		
	障害児施設医療	月額		円						
	食事療養	月額		円						
	適用期間	年		月		日		から 年 月 日まで		
	負担上限月額									
	支給都道府県 又は市の名称 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。
- 障害児施設医療を受けようとするときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定障害児施設等に提示してください。
- 障害児施設医療の負担上限月額、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を表示しています。)
- 障害児施設医療の負担上限額は、毎年、施設給付決定保護者等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児童相談所に提出してください。
- 給付決定期間を超過したときは、障害児施設医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を超過する前に児童相談所にこの証を添えて、障害児施設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、児童相談所にその旨を届け出てください。
- 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した児童相談所にご連絡、ご相談ください。
- また、給付決定期間内に、他の都道府県に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した児童相談所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、児童相談所に返してください。
- 受給者の資格がなくなったり、直ちに、この証を児童相談所に返してください。
- この証を不正に使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。

別記第15号様式の7(第8条の3関係)

障害児施設給付費支給却下決定通知書

第 号
年 月 日

様

熊本県(中央・八代)児童相談所長

年 月 日付けで申請された障害児施設給付費・特定入所障害児食費等給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等については、児童福祉法第24条の3第2項の規定により、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

(教示)

- 1 この処分について不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に、行政不服審査法第4条の規定により熊本県知事に対して審査請求をすることができます。
なお、審査請求書(2通)は知事あてにして、児童相談所を經由して提出してください。
- 2 この処分の取消しの訴えは、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、熊本県を被告として(熊本県知事が被告の代表者となります。)提起することができます。
ただし、この通知を受けた日の翌日から起算して60日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か月以内に提起しなければならないこととされています。

別記第15号様式の8(第8条の3関係)

障害児施設給付費支給決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

熊本県(中央・八代)児童相談所長

児童福祉法第24条の4第1項の規定により、下記のとおり障害児施設給付費を支給する旨の決定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証番号		給付決定保護者氏名	
給付決定取消日		給付決定に係る児童氏名	
取消理由			

受給者証を熊本県(中央・八代)児童相談所に返還してください。ただし、既に提出されている方は不要です。

返還先

住所

連絡先

返還期限 年 月 日

(教示)

- この処分について不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に、行政不服審査法第4条の規定により熊本県知事に対して審査請求をすることができます。
なお、審査請求書(2通)は知事あてにして、児童相談所を經由して提出してください。
- この処分の取消しの訴えは、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、熊本県を被告として(熊本県知事が被告の代表者となります。)提起することができます。ただし、この通知を受けた日の翌日から起算して60日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か月以内に提起しなければならないこととされています。

附 則
この規則は、公布の日から施行する。