

砂 川 市 規 則 第 2 号
令和 7 年 3 月 2 8 日

砂川市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。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

砂川市児童福祉法施行細則（平成18年規則第32号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式、別記第1号様式の6から別記第1号様式の8まで、別記第1号様式の13及び別記第1号様式の18を次のように改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費支給申請書
兼利用者負担額減額・免除等申請書

砂川市福祉事務所長 様

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			生年月日	年 月 日	
	氏 名	個人番号			年 月 日	
	居 住 地	〒		電話番号		
	ふりがな			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

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 す る 支 援	支援の種類	
	☐ 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	
申請に係る具体的内容		

障害児支援利用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、砂川市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

(裏 面)

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。 (当てはまるものに○を付ける。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(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)		
ふりがな		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

別記第 1 号様式の 6（第 1 条の 3 関係）
（その 1）

(一)			(二)			(三)		
通所受給者証			障害児通所給付費の給付決定内容			障害児通所給付費の給付決定内容		
受給者証番号			支援の種類			支援の種類		
通所給付決定保護者	居住地		支給量等			支給量等		
	ふりがな		給付決定期間		年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間		年 月 日から 年 月 日まで
	氏名		支援の種類			支援の種類		
	生年月日	年 月 日	支給量等			支給量等		
児童	ふりがな		給付決定期間		年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間		年 月 日から 年 月 日まで
	氏名		特記事項欄					
生年月日		年 月 日	予備欄					
交付年月日		年 月 日						
支給市町村名及び印								

(その2)

(四)

障害児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	
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
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
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		

(その3)

(七)			(八)		(九)	
番号	障害児通所支援事業者記入欄		注意事項欄		注意事項欄	
4	事業者及びその事業所の名称		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 児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証にマイナ保険証（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）等及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）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。	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。		
	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					

(表)										(裏)											
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	ふりがな																				
	居 住 地																				
	ふりがな												生年月日								
	氏 名												年 月 日								
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																			
特記事項																					
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 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（治療を行うものに限る。）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 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、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。																					

別記第1号様式の8（第1条の4関係）
（表面）

障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費支給変更申請書
兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

砂川市福祉事務所長 様

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		生年月日	年 月 日			
	氏 名	個人番号					
	居 住 地	〒 電話番号					
支給申請に係る 児 童 氏 名	ふりがな		生年月日	年 月 日			
	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	

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
-----------	-------------------	-----------------

変更の理由	
-------	--

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	

(裏面)

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(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)		
ふりがな		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

通所給付決定（支給）取消通知書

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長

㊞

児童福祉法第 21 条の 5 の 9 第 1 項の規定による通所給付決定

下記のとおり通所給付決定の取り消しをしましたので通知します。

記

受 給 者 証 号		給 付 決 定 保 護 者 氏 名	
支給決定取消日		給付決定に係る 児 童 氏 名	
取 消 理 由			

次のとおり受給者証を返還（提出）してください。

返還（提出）先

返還（提出）期限 年 月 日

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 月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べる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 月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、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の翌日から起算して 3 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。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内であっても、裁決の日から 1 年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西 7 条北 2 丁目 1 番 1 号
電話番号 0125-74-8103

高額障害児通所給付費支給申請書

砂川市福祉事務所長 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	
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					
申請者氏名 (通所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						
ふりがな		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	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・被保険者証番号			

- (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ください。

受取口座	☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 ☐ 以下の口座を振込先とする。					
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 4 貯蓄預金 9 その他			
	ふりがな					
	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）		
ふりがな		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		