

砂 川 市 規 則 第 2 5 号
令 和 8 年 6 月 2 2 日

砂川市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法律施行細則の一部を
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

砂川市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18年規則第33号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式、別記第6号様式及び別記第21号様式を次のように改める。

附 則

この規則は、令和8年7月1日から施行する。

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・療養介護医療費
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	
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援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	区分等 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				
サービス利用の状況	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
		介護給付費	訓練等給付費	
サービス	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。
		☐ 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		
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自 立 訓 練（機能訓練）	
		☐ 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		
		☐ 就 労 選 択 支 援		
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助（グループホーム）※		
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援			
	☐ 地 域 定 着 支 援			

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、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、砂川市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。

申請者氏名

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 82万6,500円以下 の者 ② ①以外の者 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（年齢 歳） 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（年齢 歳）
	☐ 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） 下記のいずれにも当てはまるため、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（年齢 歳） 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（年齢 歳）
	☐ IV グループホーム等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当てはまるため、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（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		

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費
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			

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	
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援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	区分等	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

変更の理由	
-------	--

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
		介護給付費	訓練等給付費	
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援	※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望するか否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。
		☐ 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		
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（機能訓練）	
		☐ 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）				
	☐ 就 労 選 択 支 援			
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助（グループホーム）※		

(裏 面)

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、介護給付費又は訓練等給付費（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を希望する場合に限る。）を申請する場合記入すること。

変更を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（の変更）を申請します。 （当てはまるものに○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 <u>82 万 6,500 円以下</u> の者 ② ①以外の者 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 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。		
	<table><tr><td>〈20 歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者</td><td>〈20 歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳）</td></tr></table>	〈20 歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳） 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（年齢 歳）
	〈20 歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳） 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（年齢 歳）	
	☐ 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） 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費（の変更）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）		
	<table><tr><td>〈20 歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td><td>〈20 歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）</td></tr></table>	〈20 歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳） 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（年齢 歳）
	〈20 歳以上の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳） 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（年齢 歳）	
☐ 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当てはまるため、特定障害者特別給付費（の変更）を申請します。			
☐ V 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）（の変更）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		

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)※																	
受診者	ふりがな											年齢	歳	生年月日			
	受診者氏名													年 月 日			
	個人番号																
	受診者住所・電話番号	〒										電話番号					—
	既存の受給者番号(現在お持ちの証)									既存の受給者番号の有効期限(現在お持ちの証)			年	月	日		
未診者が18歳未満の場合	ふりがな											受診者との関係					
	保護者氏名																
	保護者個人番号																
	保護者住所・電話番号	〒										電話番号					—
保険に関する事項	受診者の加入医療保険の記号・番号											保険者名					
	保険種別			10 被用者保険(本人)・20 被用者保険(家族)・30 国保一般・40 国保退職(本人)・50 国保退職(家族)・60 後期高齢者医療・70 生活保護(福祉事務所)・90 その他()													
	受診者と同一保険の加入者																
	受診者と同一保険加入者個人番号																
特例	世帯	下記のいずれの条件にも当てはまり、受診者(及びその配偶者)のみの世帯とすることを申請する場合は○をつけてください。 ・受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の税制上の扶養控除の対象になっていない。 ・受診者(及びその配偶者)が同一の世帯に属する親・兄弟・子供の健康保険上の被扶養者となっていない。															
月額負担上限額に関する事項	下記のいずれかにあてはまるものがあれば○をつけてください。																
	生保	受診者が生活保護受給世帯に属する															
	低1	受診者が住民税非課税世帯に属し、受診者の収入(障害年金・特別児童扶養手当・特別障害者手当等を含む)が82万6,500円以下(受診者が18歳未満の場合は、保護者全員の収入がそれぞれ82万6,500円以下)															
	低2	受診者が住民税非課税世帯に属し、低1以外の者															
	中間1	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が3万3千円未満															
	中間2	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が3万3千円以上23万5千円未満															
	一定以上	受診者が住民税課税世帯に属し、健康保険の保険料の算定対象者全員の住民税所得割の合計が23万5千円以上															
	上記中間1、中間2又は一定以上を選んだ方のみ、下記にあてはまるものがあれば○をつけてください(該当がない場合は記入不要です。)																
同一世帯で、過去12か月以内に高額療養費の支給を4回以上受けている。																	
心臓機能障害(心臓移植後の抗免疫療法に限る)、腎臓機能障害、小腸機能障害、肝臓機能障害(肝臓移植後の抗免疫療法に限る)、免疫機能障害 に該当する。																	
身体障害者手帳番号																	
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)※現在、利用されている医療機関等	医療機関名										所在地・電話番号						
											(—)						
											(—)						
											(—)						
砂川市福祉事務所長 様												年 月 日		受付欄			
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																	

※ 変更(自己負担額限度額及び指定医療機関の変更認定)の場合、受診者欄及び変更のある欄の全て記入