

香芝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をここに公布する。

令和7年12月11日

香芝市長 三 橋 和 史

## 香芝市規則第60号

香芝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

香芝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24号）の一部を次のように改正する。

第4条第2項中「第4号の2様式」を「第5号様式」に改め、同条第3項中「第5号様式」を「第6号様式」に改める。

第5条第1項中「第6号様式」を「第7号様式」に改め、同条第2項中「第7号様式」を「第8号様式」に改める。

第6条中「第8号様式」を「第9号様式」に改める。

第7条中「第9号様式」を「第10号様式」に改める。

第8条中「第10号様式」を「第11号様式」に改める。

第9条中「第11号様式」を「第12号様式」に改める。

第10条中「第12号様式」を「第13号様式」に改める。

第12条中「第13号様式」を「第14号様式」に改める。

第13条中「第14号様式」を「第15号様式」に改める。

第15条中「第15号様式」を「第16号様式」に改める。

第16条中「第16号様式」を「第17号様式」に改める。

第17条中「第17号様式」を「第18号様式」に改める。

第18条中「第18号様式」を「第19号様式」に改める。

第19条第1項中「第19号様式」を「第20号様式」に改め、同条第2項中「第19号の2様式」を「第21号様式」に改める。

第20条中「第20号様式」を「第22号様式」に、「第20号の2様式」を「第23号様式」に改める。

第21条中「第21号様式」を「第24号様式」に改める。

第22条中「第22号様式」を「第25号様式」に、「第23号様式」を「第26号様式」に改める。

第23条中「第24号様式」を「第27号様式」に改める。

第24条中「第25号様式」を「第28号様式」に改める。

第25条中「第26号様式」を「第29号様式」に改める。

第26条中「第27号様式」を「第30号様式」に改める。

第 27 条中「第 28 号様式」を「第 31 号様式」に改める。

第 28 条第 1 項中「第 29 号様式」を「第 32 号様式」に、「第 30 号様式」を「第 33 号様式」に改め、同条第 2 項中「第 31 号様式」を「第 34 号様式」に改める。

第 1 号様式から第 31 号様式までを削り、附則の次に次の 34 様式を加える。

第 1 号様式（第 2 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  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		個人番号		生年月日	年 月 日
	氏 名					
	居 住 地	電話番号				
	フリガナ		個人番号		生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名				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 B 型のサービスを申請する者に限る。）						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	区分等 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 非該当	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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		
	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居 宅 介 護	<input type="checkbox"/> 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と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。	
		<input type="checkbox"/> 重 度 訪 問 介 護	<input type="checkbox"/> 自 立 生 活 援 助			
		<input type="checkbox"/> 同 行 援 護				
		<input type="checkbox"/> 行 動 援 護				
		<input type="checkbox"/> 短 期 入 所				
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援				
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療 養 介 護	<input type="checkbox"/> 自 立 訓 練（機能訓練）			
		<input type="checkbox"/> 生 活 介 護	<input type="checkbox"/> 自 立 訓 練（生活訓練）			
			<input type="checkbox"/> 宿 泊 型 自 立 訓 練			
			<input type="checkbox"/> 就 労 移 行 支 援			
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）				
		<input type="checkbox"/> 就 労 継 続 支 援（A 型）				
居住系	<input type="checkbox"/> 施 設 入 所 支 援	<input type="checkbox"/> 就 労 継 続 支 援（B 型）				
		<input type="checkbox"/> 就 労 選 択 支 援				
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 施 設 入 所 支 援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）※				
	<input type="checkbox"/> 地 域 移 行 支 援					
	<input type="checkbox"/> 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、香芝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

## (裏面)

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

備考 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。）を申請する場合に記入してください。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 （該当する区分にチェックしてください。いずれにも該当しない場合は、(1)から(3)までのチェックは不要です。） <input type="checkbox"/> (1) 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> (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、ア又はイのうち、該当するものにチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> ア 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 <input type="checkbox"/> イ 上記ア以外のもの <input type="checkbox"/> (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	
	<input type="checkbox"/> 2 医療型個別減免に関する認定 次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。	
	〈20歳以上の方〉 <input type="checkbox"/> (1) 療養介護利用者であること。（年齢 歳） <input type="checkbox"/> (2) 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 <input type="checkbox"/> 療養介護利用者であること。（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> 3 介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）の入所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（入所施設の食費等軽減措置） 次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。	
	〈20歳以上の方〉 <input type="checkbox"/> (1) 施設入所者であること。（年齢 歳） <input type="checkbox"/> (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〉 <input type="checkbox"/> 施設入所者であること。（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> 4 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を申請します。	
	<input type="checkbox"/> 5 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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。	

備考

- 1 いずれの申請に当たっても、事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 上記5の申請には、福祉事務所が発行する境界層対象者証明書の添付が必要となります。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外	
氏名	申請者との関係	
住所	電話番号	

備考 申請書提出者が申請者本人の場合は、申請者本人の□にチェックを付し、上記のその他の欄の記入は不要です。ただし、申請者本人以外の場合は、上欄の全てに記入が必要です。

第 2 号様式（第 3 条関係）

第 年 月 日

様

香芝市福祉事務所長



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  
支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

年 月 日付けで申請のありました（（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）の支給）（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、（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第 2 2 条（及び）第 2 9 条）（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第 3 4 条）（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第 5 1 条の 7 及び第 5 1 条の 1 4）の規定に基づき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

障害福祉サービス 受給者証番号										地域相談支援 受給者証番号											
支給決定障害者 （保護者）氏名										支給決定に係る 児童氏名											
障害支援 区分				支給決定年月日						障害支援区分の 有効期間											
支給決定 内容	サービスの種類			支援の内容及び支給量										有効期間							
利用者負担上限月額		円								左の上限月額の 適用期間											
特定障害者特別給付費 （施設入所支援）		日額		円								左の給付費の 適用期間									
特定障害者特別給付費 （共同生活援助・重度 障害者等包括支援）		月額		円								左の給付費の 適用期間									

療養介護医療	公費負担者番号									公費受給者番号										
	療養介護医療（食事療 養（生活療養）を く）の負担上限月額		円								食事療養（生活療 養）の負担上限月額		円							
	上限額の 適用期間																			

以上

（教示）

- 1 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 月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記 1 の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。  
(1) 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。  
(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、この処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第3号様式（第3条関係、第7条関係）

第 年 月 日 号

様

香芝市福祉事務所長



介護給付費等却下決定通知書

年 月 日付けで申請のありました（（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）の支給）（及び）（利用者負担額減額・免除等）については、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

以 上

（教示）

- 1 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月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
  - (1) 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。
  - (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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

第4号様式（第4条関係）

(一)

障害福祉サービス受給者証		
受給者証番号		
支給決定障害者等	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		1 2 3 4 5
交付年月日		年 月 日
支給市町村名 及 び 印		

(二)

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(三)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで

(四)

訓練等給付費の支給決定内容	
障 害 支 援 区 分	
認 定 有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
サ ー ビ ス 種 別	
支 給 量 等	
支 給 決 定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サ ー ビ ス 種 別	
支 給 量 等	
支 給 決 定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サ ー ビ ス 種 別	
支 給 量 等	
支 給 決 定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(五)

計画相談支援給付費の支給内容	
支 給 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特 定 障 害 者 特 別 給 付 費 の 支 給 内 容	
施設入所支援	
支 給 額	円／日
適 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支 給 額	円／月
適 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(六)

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	



(七)

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス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	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス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	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(八)

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス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	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス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	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(九)

短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計
1		年 月 日から		
		年 月 日まで		
2		年 月 日から		
		年 月 日まで		
3		年 月 日から		
		年 月 日まで		
4		年 月 日から		
		年 月 日まで		
5		年 月 日から		
		年 月 日まで		
6		年 月 日から		
		年 月 日まで		
7		年 月 日から		
		年 月 日まで		
8		年 月 日から		
		年 月 日まで		
9		年 月 日から		
		年 月 日まで		
10		年 月 日から		
		年 月 日まで		
11		年 月 日から		
		年 月 日まで		
12		年 月 日から		
		年 月 日まで		

(十)

番号	生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援事業者記入欄	
	事業者及びその 事業所の名称	
1	サービス内容	
	契約支給量	日
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	
2	事業者及びその 事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日
3	事業者及びその 事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による サービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	

(十一)

療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄		
番号	事業者及びその事業所の名称	入 所 （ 居 ） 日 退 所 （ 居 ） 日
1		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
2		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
予備欄		

(十二)

就労定着支援・自立生活援助事業者記入欄		
番号	事業者及びその 事業所の名称	利 用 開 始 日 利 用 終 了 日
1		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
2		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
予備欄		

## (十三)

## 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 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護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。）等及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用（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、六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、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は本市の窓口にお問い合わせください。
- 5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、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本市に提出してください。
- 6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等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、本市にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

## (十四)

## 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、他の種類の障害福祉サービスを受ける必要がある場合は、本市に支給申請をしてください。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。）
- 8 この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて本市にその旨を届け出てください。
- 9 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した本市にご連絡、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、本市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、速やかに本市に返してください。
- 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を本市に返してください。
- 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 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。

第5号様式（第4条関係）

(一)

地域相談支援受給者証		
受給者証番号		
地域相談支援給付決定障害者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年 月 日
障害種別		1 2 3 4 5
交付年月日		年 月 日
支給市町村名 及 び 印		

(二)

地域相談支援給付費の給付決定内容	
地域相談支援 の 種 類	
地域相談支援 給 付 量 等	
地域相談支援給 付 決 定期間	年 月 日から 年 月 日まで
地域相談支援の 種 類	
地域相談支援給 付 量 等	
地域相談支援 給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(三)

一般相談支援事業者記載欄		
提 供 す る 地 域 相 談 支 援 の 種 類	事業者及びその 事業所の名称	契 約 日 サービス提供終了日
		契約日 年 月 日 サービス提供終了日 年 月 日
		契約日 年 月 日 サービス提供終了日 年 月 日
予備欄		

(四)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月から 年 月まで
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

(五)

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 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。</p> <p>3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、本市にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。</p> <p>4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて本市にその旨を届け出てください。</p> <p>5 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、本市にご連絡、ご相談ください。</p> <p>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、本市に届け出てください。</p> <p>6 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、紛失したこの証を発見したときは、速やかに本市に返してください。</p> <p>7 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を本市に返してください。</p> <p>8 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。</p> <p>9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。</p>

第6号様式（第4条関係）

療養介護医療受給者証											
公 費 負 担 者 番 号											
公 費 受 給 者 番 号											
支 給 決 定 障 害 者	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		年 月 日 から 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	
<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 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（健康保険証利用登録がされたマイナ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。</p> <p>3 療養介護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。（※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。）</p> <p>4 療養介護医療の負担上限月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本市に提出してください。</p> <p>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本市にこの証を添えて、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。</p> <p>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、本市にその旨を届け出てください。</p> <p>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、本市にご連絡、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、本市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。 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、本市に返してください。</p> <p>9 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を本市に返してください。</p> <p>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。</p>	

第 年 月 日 号

様

香芝市福祉事務所長



障害支援区分認定通知書

年 月 日付け介護給付費等の支給申請に基づき、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第 2 1 条の規定により、下記のとおり障害支援区分の認定を行ったので、通知します。

記

氏 名		認 定 年 月 日	
障 害 支 援 区 分	①区分( ) ②非該当		
	理由		
障害支援区分の認定の有効期間			
<div>(留意事項)</div> <div>1 上記の障害支援区分や申請者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定を行います。</div> <div>2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。</div> <div>3 認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。</div>			

以 上

(教示)

- 1 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 月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記 1 の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、提起することができます。
- なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
- (1) 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。
- (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、この処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

第 年 月 日 号

様

香芝市福祉事務所長



障害支援区分変更認定通知書

年 月 日付けの介護給付費等の（支給申請 支給決定の変更申請）に基づき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（第 2 1 条 第 2 4 条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので、通知します。

記

受 給 者 証 番 号												支 給 決 定 障 害 者 氏 名	
認 定 年 月 日													

障 害 支 援 区 分	変更前	①区分(                      )    ②非該当
	変更後	①区分(                      )    ②非該当
	理由	
障害支援区分の 認定の有効期間		
<div>(留意事項)</div> <div>1    上記の障害支援区分の結果や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（の変更）を行います。</div> <div>2    認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更をする場合があります。</div> <div>3    認定結果等について、不明な点があれば以下の問合せ先に連絡してください。</div>		

以 上

(教示)

- 1 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月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。  
(1) 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。  
(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、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先



第 9 号様式（第 6 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  
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		個人番号		生年月日	年 月 日
	氏 名					
	居 住 地	電話番号				
フリガナ			個人番号		生年月日	年 月 日
支給申請に係る児童氏名						
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 B 型のサービスを申請する者に限る。）						<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	区分等 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 非該当	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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ）要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 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
	訪問系・その他	介護給付費		訓練等給付費		
		<input type="checkbox"/> 居宅介護		<input type="checkbox"/> 就労定着支援		
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
		<input type="checkbox"/> 同行援護				
		<input type="checkbox"/> 行動援護				
		<input type="checkbox"/> 短期入所				
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援					
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護		<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）		
		<input type="checkbox"/> 生活介護		<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）		
				<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練		
				<input type="checkbox"/> 就労移行支援		
<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）						
<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A 型）						
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B 型）				
		<input type="checkbox"/> 就労選択支援				
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）※			
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援					
	<input type="checkbox"/> 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、香芝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

(裏面)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	電話番号		

備考 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。）を申請する場合に記入してください。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> 1 負担上限月額に関する認定 次の区分の適用を申請します。 (該当する区分にチェックしてください。いずれにも該当しない場合は、(1)から(3)までのチェックは不要です。) <input type="checkbox"/> (1) 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> (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、ア又はイのうち、該当するものにチェックを付けてください。 <input type="checkbox"/> ア 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 <input type="checkbox"/> イ 上記ア以外のもの <input type="checkbox"/> (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	
	<input type="checkbox"/> 2 医療型個別減免に関する認定 次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。	
	〈20歳以上の方〉 <input type="checkbox"/> (1) 療養介護利用者であること。（年齢 歳） <input type="checkbox"/> (2) 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 <input type="checkbox"/> 療養介護利用者であること。（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> 3 介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）の入所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（入所施設の食費等軽減措置） 次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。	
	〈20歳以上の方〉 <input type="checkbox"/> (1) 施設入所者であること。（年齢 歳） <input type="checkbox"/> (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〉 <input type="checkbox"/> 施設入所者であること。（年齢 歳）
	<input type="checkbox"/> 4 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を申請します。	
	<input type="checkbox"/> 5 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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。	

備考

- 1 いずれの申請に当たっても、事実関係を確認できる書類を添付してください。
- 2 上記5の認定に係る申請には、福祉事務所が発行する境界層対象者証明書の添付が必要となります。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外	
氏名		申請者との関係
住所	電話番号	

備考 申請書提出者が申請者本人の場合は、申請者本人の□にチェックを付し、上記のその他の欄の記入は不要です。ただし、申請者本人以外の場合は、上欄の全てに記入が必要です。

第 1 0 号様式（第 7 条関係）

第 年 月 号 日

様

香芝市福祉事務所長



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  
支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

年 月 日付けで申請のありました（（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費）の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、（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第 2 2 条（及び）第 2 9 条）（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第 3 4 条）の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受 給 者 証 番 号											支 給 決 定 障 害 者 （ 保 護 者 ） 氏 名	
変 更 年 月 日											支 給 決 定 に 係 る 障 害 児 氏 名	
変 更 の 内 容	変 更 前											
	変 更 後											

受給者証を提出してください。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 年 月 日

以 上

（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 月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記 1 の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
  - 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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 1 1 号様式（第 8 号様式）

第 年 月 号 日

様

香芝市福祉事務所長



介護給付費等支給決定取消通知書

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第 2 5 条第 1 項及び第 5 1 条の 1 0 第 1 項の規定により、下記のとおり支給決定を取り消しましたので、通知します。

記																		
障害福祉サービス 受 給 者 証 番 号										地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号								
支 給 決 定 障 害 者 （ 保 護 者 ） 氏 名									支 給 決 定 に 係 る 児 童 氏 名									
支 給 決 定 取 消 日																		
取 消 理 由																		

受給者証を返還してください。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 年 月 日

以 上

- (教示)
- 1 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 月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
  - 2 処分の取消しの訴えについては、上記 1 の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
    - (1) 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。
    - (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、この処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 1 2 号様式（第 9 条関係）

介護給付費等申請内容変更届出書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

次のとおり変更がありましたので、届け出ます。

フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
支給決定障害者 （保護者）氏名			
個人番号			
居住地	電話番号		
フリガナ		続 柄	
支給決定に係る 児童氏名		生 年 月 日	年 月 日
個人番号			

届 出 書 提 出 者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等（本人） <input type="checkbox"/> 支給決定障害者等（本人）以外		
フリガナ		本 人 と の 関 係	
氏 名			
住 所	電話番号		

備考 届出書提出者が支給決定障害者等（本人）の場合は、支給決定障害者等（本人）の□にチェックを付し、上記のその他の欄の記入は不要です。ただし、支給決定障害者等（本人）以外の場合は、上欄の全てに記入が必要です。

変 更 事 項 （該当に○をして ください。）	支給決定障害者等に 関 する こ と	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童に 関 する こ と	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 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してください。

第 1 3 号様式（第 1 0 条関係）

受給者証再交付申請書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス受給者証 <input type="checkbox"/> 地域相談支援受給者証	受給者 証番号	
---------------	--	------------	--

フ リ ガ ナ		生年 月日	年 月 日
支給決定障害者 (保護者) 氏名			
個 人 番 号			
居 住 地	電話番号		
フ リ ガ ナ		続柄	
支給決定に係る 児 童 氏 名		生年 月日	年 月 日
個 人 番 号			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外		
フ リ ガ ナ		本人と の関係	
氏 名			
住 所	電話番号		

備考 申請書提出者が申請者本人の場合は、申請者本人の□にチェックを付し、上記のその他の欄の記入は不要です。ただし、申請者本人以外の場合は、上欄の全てに記入が必要です。

申 請 の 理 由	<input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他
	〔 具体的な状況 〕

備考 従前使用していた受給者証を添付してください（紛失の場合を除く。）。

第 1 4 号様式（第 1 0 条関係）

特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・  
特例地域相談支援給付費支給申請書  
【 年 月分】

年 月 日

香芝市福祉事務所長

次のとおり、関係書類を添えて（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）の支給を申請します。

フリガナ			障害福祉サービス受給者証番号									
申請者氏名												
個人番号			地域相談支援受給者証番号									
生年月日	年 月 日											
居住地												
フリガナ			生年 月日	年 月 日								続柄
支給申請に係る 児童氏名												
個人番号												
特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費請求額			円									

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外		
フリガナ			申請者 との関係
氏名			
住所	電話番号		

備考 申請書提出者が申請者本人の場合は、申請者本人の□にチェックを付し、上記のその他の欄の記入は不要です。ただし、申請者本人以外の場合は、上欄の全てに記入が必要です。

上記に関する（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）を下記の口座に振り込んでください。

口座 振込 依頼 欄	銀行 農協 信用金庫		本店 支店 出張所		種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
	金融機関コード				店舗コード				口座番号			
	フリガナ											
	口座名義人											

備考 この申請書に該当月分の領収書及びサービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考

第 1 5 号様式（第 1 3 条関係）

第 年 月 日 号

様

香芝市福祉事務所長



特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・  
特例地域相談支援給付費支給(却下)決定通知書

年 月 日付けで申請のありました（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費）の支給について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（第 3 0 条 第 3 5 条 第 5 1 条の 1 5）の規定に基づき下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

障害福祉サービス 受給者証番号																		地域相談支援 受給者証番号																	
申請者氏名																																			

受 付 年 月 日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域相談支援給付費) 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
却下・減額の理由			

以上

(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月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。  
(1) 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。  
(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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。



第 1 6 号様式（第 1 5 条関係）

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

次のとおり申請します。

申 請 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	電話番号		
フリガナ		生年月日	年 月 日	
申 請 に 係 る 児 童 氏 名				
		続 柄		

申 請 書 提 出 者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外		
フリガナ		申 請 者 との関係	
氏 名			
住 所	電話番号		

備考 申請書提出者が申請者本人の場合は、申請者本人の□にチェックを付し、上記のその他の欄の記入は不要です。ただし、申請者本人以外の場合は、上欄の全てに記入が必要です。

第 1 7 号様式（第 1 6 条関係）

第 年 月 日

様

香芝市福祉事務所長



計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給(却下)通知書

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第 5 1 条の 1 7 第 1 項又は児童福祉法第 2 4 条の 2 6 第 1 項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

記

障害福祉サービス 受 給 者 証 番 号												地域相談支援 受 給 者 証 番 号											
通所受給者証番号																							
申 請 者 氏 名												申 請 に 係 る 児 童 氏 名											
支 給 の 可 否		可 ・ 否																					
支 給 す る	支 給 期 間	年 月～ 年 月																					
	モニタリング 期 間																						
支 給 し な い	支 給 し な い 理 由																						

以 上

(教示)

- 1 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 月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記 1 の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記 1 の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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 月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 1 8 号様式（第 1 7 条関係）

第 年 月 日

様

香芝市福祉事務所長



計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書

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第 5 1 条の 1 7 第 1 項又は児童福祉法第 2 4 条の 2 6 第 1 項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので、通知します。

記																			
障害福祉サービス 受 給 者 証 番 号										地 域 相 談 支 援 受 給 者 証 番 号									
通所受給者証番号																			
支 給 取 消 に 係 る 障 害 者 （ 保 護 者 ） 氏 名											支 給 取 消 に 係 る 児 童 氏 名								
支 給 取 消 日	年 月 日																		
取 消 理 由																			
障害福祉サービス 受給者証、地域相 談支援受給者証又 は通所受給者証返 還先及び返還期限	返還先：  返還期限： 年 月 日																		

以 上

（教示）

- 1 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 月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記 1 の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記 1 の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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 月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 1 9 号様式（第 1 8 条関係）

計画相談支援・障害児相談支援指定（変更）届出書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

次のとおり届け出ます。

区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 変更
----	---

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	個人番号			
	居住地	電話番号		
児童申請に係る	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	個人番号		続 柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住 所	電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 年 月 日

第 2 0 号様式（第 1 9 条関係）

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

フリガナ		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 (支給決定障害者等氏名)		制度	受給者証番号・被保険者証の番号												
個人番号															
生 年 月 日	年 月 日														
居 住 地	電話番号														
フリガナ		続柄													
支給決定に係る児童氏名		生年月日	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		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															
支同一世帯に属する障害者の	氏名及び個人番号	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・被保険者証の番号											
	氏名	年 月 日													
	個人番号														
	氏名	年 月 日													
	個人番号														
氏名	年 月 日														
個人番号															

- 備考
- 1 支払額を証する領収書を添付してください。
  - 2 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
  - 3 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。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼書	銀行 農協 信用金庫	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	□普通預金 □当座預金 □その他 ( )										
	フリガナ													
	口座名義人													

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外		
フリガナ		申 請 者 と の 関 係	
氏 名			
住 所	電話番号		

備考 申請書提出者が申請者本人の場合は、申請者本人の□にチェックを付し、上記のその他の欄の記入は不要です。ただし、申請者本人以外の場合は、上欄の全てに記入が必要です。

第 2 1 号様式（第 1 9 条関係）

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書  
(障害福祉相当介護保険サービス)

年 月 日

様

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

サービス利用月の 障害福祉相当介護 保 険 サ ー ビ ス 支 払 額		申請に係る サ ー ビ ス 利 用 月	年 月分	65 歳に達する までの介護保険 法による保険 給付の受給有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
--	--	---------------------------	------	--	--

備考

- 1 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支  
払額があれば分けて記載）してください。
- 2 支払額を証する領収書を添付してください。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼書	銀 行 農 協 信用金庫				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			<input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
	フリガナ														
	口 座 名 義 人														

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人		<input type="checkbox"/> 申請者本人以外	
フリガナ		申請者 との関係		
氏名				
住所	電話番号			

備考 申請書提出者が申請者本人の場合は、申請者本人の□にチェックを付し、上記のその他の  
欄の記入は不要です。ただし、申請者本人以外の場合は、上欄の全てに記入が必要です。

第 2 2 号様式（第 2 0 条関係）

第 年 月 号  
日

様

香芝市福祉事務所長



高額障害福祉サービス等給付費支給（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福祉サービス費について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第 7 6 条の 2 に基づき下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

支給決定障害者 （保護者）氏名		受給者 証番号											
支給決定に係る 児 童 氏 名													

受付年月日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
本人支払額	円	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	円
却下の理由			

振込先	金 融 機 関						
	口 座 種 目						
	口 座 番 号						
	口 座 名 義 人						

以 上

（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 月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えについては、上記 1 の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。） 、提起することができます。  
なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。  
(1) 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。  
(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。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先

第 2 3 号様式（第 2 0 条関係）

第 年 月 日 号

様

香芝市福祉事務所長



高額障害福祉サービス等給付費支給（却下）決定通知書  
（障害福祉相当介護保険サービス）

年 月 日付けで申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

対象者氏名		受給者 証番号										
-------	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受 付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
障害福祉相当介護 保 険 サービス に 係 る 本 人 支 払 額	円	申請に係る障害福祉 相 当 介 護 保 険 サ ー ビ ス の 利 用 月	年 月 分
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円
却 下 の 理 由			

備考 生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

振込先	金 融 機 関						
	口 座 種 目						
	口 座 番 号						
	口座名義人						

以 上

- （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月以内に、奈良県知事に対して審査請求をすることができます。
  - 処分の取消しの訴えについては、上記1の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができません。この処分の取消しの訴えは、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、提起することができます。なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。
    - 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。
  - ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

問合せ先



## 第24号様式（第21条関係）

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定（新規・再認定・変更）申請書									
※1									
障害者・児	フリガナ				年齢	生年月日			
	受診者氏名				歳	年 月 日			
	個人番号								
	受診者住所				電話番号				
18歳未満の（受診者が）	フリガナ				受診者との関係				
	受診者氏名								
	個人番号								
	住所 ※2				電話番号 ※2				
負担額に関する事項	受診者（被保険者）の記号及び番号			保険者名					
	受診者同一保険の加入者				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 ※3	該当・非該当		
身体障害者手帳番号 ※4			障害等級			特定疾病療養受療証	□有 □無		
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				
受給者証番号 ※5									
<p>私は、上記のとおり自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>香芝市福祉事務所長</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p>									

備考

- 1 ※1には、該当する医療の種類及び新規、再認定又は変更（変更とは、自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の  
場合をいう。）のいずれかに○を付けてください。  
2 ※2は、受診者本人と異なる場合に記入してください。  
3 ※3は、記入不要です。  
4 ※4は、身体障害者手帳の交付を受けている方のみ記入してください。  
5 ※5は、再認定又は変更の方のみ記入してください。

自治体記入欄

申請受付年月日		判定年月日		認定年月日	
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	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 受給者証番号		今回の 受給者証番号			
備考					

第 年 月 日 号

様

香芝市福祉事務所長



自立支援医療費(更生医療・育成医療)支給認定(変更認定)通知書

年 月 日付けで申請のあったことについて、下記のとおり決定したので、通知します。

記

交付番号			交付年月日	
受療者	氏名		障害区分	
	生年月日			
	住所			
指定医療機関		名称 (病院・診療所、薬局、訪問看護事業者)	所在地・電話番号	
給付内容				
診療予定期間				
医療費概算額				
所得区分			重度かつ継続	
自己負担上限額				
備考				

以上

(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月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として(訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分(審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分(審査請求をした場合には、その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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 号  
年 月 日

様

香芝市福祉事務所長



自立支援医療費（更生医療・育成医療）却下通知書

年 月 日付けで申請のありました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第 5 8 条第 1 項の規定による自立支援医療の申請は、次の理由により認定されませんでしたので、通知します。

記

却下の理由

以 上

（教示）

- 1 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 月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記 1 の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記 1 の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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 月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

## 第27号様式（第22条関係）

自立支援医療（更生医療・育成医療）受給者証

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	
	住                  所										
	被 保 険 者 の 記 号 及 び 番 号	記号				番号			保険者名		
	重 度 か つ 継 続	<input type="checkbox"/> 該 当 <input type="checkbox"/> 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									
		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			
自 己 負 担 上 限 額		月 額		円							
有      効      期      間		年      月      日から                  年      月      日まで									
上記のとおり認定します。  <div style="margin-top: 40px; margin-left: 100px;">年                  月                  日</div> <div style="margin-top: 40px; margin-left: 350px;">香芝市福祉事務所長</div> <div style="float: right; text-align: right; margin-right: 50px;">印</div>											

(裏面)

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

備考 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  
に提出してください。

第 2 8 号様式（第 2 4 条関係）

自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定申請事項変更届												
受 診 者	フリガナ							生 年 月 日				
	氏 名							年 月 日				
	住 所											
保 護 者 （受診者が 1 8 歳 未 満 の 場 合 記 入）			フリガナ						続 柄			
			氏 名									
			住 所									
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）											
	被保険者証に関する事項 （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・精神 障害者保健福祉手帳番号											
備 考												
<p>私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証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。</p> <p>年 月 日</p> <p>香芝市福祉事務所長</p> <p>届出者氏名</p>												

備考 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（更生医療・育成医療）支給認定申請書を記載してください。

第 2 9 号様式（第 2 5 条関係）

自立支援医療（更生医療・育成医療）受給者証再交付申請書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

住 所  
氏 名  
電 話 番 号

受給者との関係（ ）

次のとおり医療受給者証の再発行を申請します。

受	フリガナ		受給者 証番号								
	氏 名										
	個人番号										
給	生年月日	年 月 日	年 齢	( 歳)							
者	住 所										
	電話番号										
申 請 理 由		<div><input type="checkbox"/>紛失    <input type="checkbox"/>破損    <input type="checkbox"/>汚損    <input type="checkbox"/>盗難</div> <div><input type="checkbox"/>その他（ ）</div>									

備考 破損、汚損等の場合は、受給者証を添付してください。

第 3 0 号様式（第 2 6 条関係）

第 年 月 日

様

香芝市福祉事務所長



自立支援医療費（更生医療・育成医療）支給認定取消通知書

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第 5 7 条の規定により、下記のとおり支給決定を取り消しましたので、通知します。

記

自 立 支 援 医 療 費 受 給 者 証 番 号								
支 給 決 定 障 害 者 （ 保 護 者 ） 氏 名							支 給 決 定 に 係 る 児 童 氏 名	
支 給 決 定 取 消 日								
取 消 理 由								

受給者証を返還してください。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 年 月 日

以 上

（教示）

- 1 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 月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記 1 の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して 6 月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記 1 の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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 月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その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 年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。



第 3 1 号様式（第 2 7 条関係）

補装具費支給申請書

年 月 日

香芝市福祉事務所長

住 所  
氏 名  
個 人 番 号  
対象者との続柄  
電 話 番 号

下記のとおり補装具費の支給申請(購入・借受け・修理)をします。  
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。

記

対 象 者	住 所				
	フリガナ		個 人 番 号		
	氏 名				
	生年月日	年 月 日	電話番号		
身 体 障 害 者 手 帳 番 号		県第 号 ( 年 月 日交付) ( 種 級)			
障 害 名					
購 入 ・ 借 受 け ・ 修 理 を受ける補装具の名称		修理を要する部位			
希 望 する 補 装 具 業 者 名					
該 当 す る 所 得 区 分		<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 一定所得以上			
交 付 内 容		<input type="checkbox"/> 新規交付			
		<input type="checkbox"/> 再交付 (前回交付 年 月 日)			
備 考					

以 上

第 3 2 号様式（第 2 8 条関係）

年 月 日

様

香芝市福祉事務所長



補装具費支給決定通知書

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		電話番号		
支 給 番 号			支 給 決 定 日		
決 定 内 容					
補装具業者	名 称				
	所 在 地				
	電 話 番 号				
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			

（教示）

- 1 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月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 年 月 日 号

様

香芝市福祉事務所長



補装具費却下通知書

年 月 日付けでなされた補装具費の申請については、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

却下の理由

以 上

（教示）

- 1 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月以内に、香芝市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、香芝市を被告として（訴訟において香芝市を代表する者は香芝市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その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月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その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、審査請求をすることや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。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その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年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

第 3 4 号様式（第 2 8 条関係）

補装具交付(修理)券			
交 付 番 号		交 付 年 月 日	
氏 名		生 年 月 日	
居 住 地			
補 装 具 の 名 称		修 理 部 位	
委 託 する 業 者 名 及 び 住 所			
受 託 報 酬 予 定 額			
利 用 者 負 担 額		支 払 期 日	
<p>上記のとおり決定します。</p> <p>年 月 日</p> <p>香芝市福祉事務所長</p> <div>印</div>			
こ の 券 の 有 効 期 限		業 者 の 支 払 請 求 期 限	
適 合 検 査 日		検 査 員 職 氏 名	
受 領 年 月 日		受 領 者 氏 名	

## 附 則

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行し、令和7年12月2日から適用する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に改正前の香芝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規定により作成されている申請書等の用紙で残存するものについては、改正後の香芝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規定にかかわらず、必要な調整をして使用することができる。