

改正

平成18年10月18日いわき市規則第63号

平成20年3月31日いわき市規則第17号

平成20年10月14日いわき市規則第40号

平成22年3月5日いわき市規則第5号

平成24年3月31日いわき市規則第24号

平成25年3月29日いわき市規則第12号

平成26年3月26日いわき市規則第4号

平成27年12月28日いわき市規則第58号

平成28年3月31日いわき市規則第16号

平成28年3月31日いわき市規則第30号

平成30年3月30日いわき市規則第14号

平成30年10月1日いわき市規則第47号

平成31年3月29日いわき市規則第13号

令和2年6月29日いわき市規則第34号

令和3年8月12日いわき市規則第45号

令和5年6月28日いわき市規則第27号

いわき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

(趣旨)

第1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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）の施行については、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令（平成18年政令第10号。以下「政令」という。）及び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規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(審査会の会議の議長)

第2条 審査会の会議の議長は、会長とする。

(合議体の数等)

第3条 政令第8条第1項の規定により、いわき市障害支援区分判定審査会（いわき市障害支援区分

判定審査会の委員の定数等を定める条例（平成18年いわき市条例第3号）第1条に規定する審査会をいう。以下「審査会」という。）が取り扱う合議体の数は、4とする。

2 合議体を構成する委員の定数は、5人とする。

（合議体の長）

第4条 合議体の長は、当該合議体の事務を掌理する。

2 合議体の長に事故があるときは、当該合議体に属する委員のうちから当該合議体の長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。この場合において、合議体の長が複数の委員を指名したときは、その定めた順位に従いその職務を代理するものとする。

（合議体の会議）

第5条 合議体の会議は、当該合議体の長が招集し、当該合議体の長が当該合議体の会議の議長となる。

2 合議体の会議は、公開しない。

（庶務）

第6条 審査会の庶務は、保健福祉部障がい福祉課において処理する。

（委任）

第7条 第2条から前条に定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、会長が定める。

（介護給付費等の支給の申請等）

第8条 省令第7条第1項の申請書は、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（第1号様式。以下「支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」という。）によるものとする。

2 市長は、支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（介護給付費又は訓練等給付費に係るものに限る。）の提出があった場合において、介護給付費又は訓練等給付費（以下「介護給付費等」という。）の支給及び利用者負担額の減額、免除等を決定したときは介護給付費・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（第2号様式。以下「支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」という。）により、介護給付費等の不支給を決定したときは介護給付費・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不支給決定通知書（第3号様式。以下「不支給決定通知書」という。）により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（認定調査を行う職員等に係る身分証明書の携帯）

第9条 職員又は省令第10条（省令第19条第2項において準用する場合を含む。）のこども家庭庁長

官及び厚生労働大臣が定める研修を修了した者（以下「調査員」という。）は、法第20条第2項（法第24条第3項において準用する場合を含む。）の調査（以下「認定調査」という。）を行うときは、職員にあつては身分証明書を、調査員にあつては障害支援区分認定調査員身分証明書（第4号様式）を、それぞれ携帯し、関係者の請求があるときは、これを提示しなければならない。

（障害支援区分の認定の通知）

第10条 政令第10条第3項の規定による通知（法第24条第5項において法第21条を準用する場合を除く。）は、障害支援区分認定通知書（第5号様式）によるものとする。

（医師の意見書）

第11条 法第21条第2項（法第24条第5項において準用する場合を含む。）の規定により医師に意見を聴くときは、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医師意見書提出依頼書（第6号様式）により行うものとする。

（障害福祉サービス受給者証）

第12条 法第22条第8項の受給者証は、障害福祉サービス受給者証（第7号様式）によるものとする。

（支給決定等の変更申請等）

第13条 省令第17条の申請書は、介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付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（第8号様式。以下「変更申請書」という。）によるものとする。

2 市長は、変更申請書の提出があつた場合において、支給又は利用者負担額の減額、免除等の変更を決定したときは介護給付費・訓練等給付費・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（第9号様式。以下「変更決定通知書」という。）により、支給又は利用者負担額の減額、免除等の不変更を決定したときは介護給付費・訓練等給付費・地域相談支援給付費支給不変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等不変更決定通知書（第10号様式。以下「不変更決定通知書」という。）により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（障害支援区分の変更の認定の通知）

第14条 政令第10条第3項の規定による通知（法第24条第5項において法第21条を準用する場合に限る。）は、障害支援区分変更認定通知書（第11号様式）によるものとする。

（支給決定取消通知書）

第15条 省令第20条第1項の規定による通知は、支給決定取消通知書（第12号様式）により行うものとする。

（申請内容の変更届）

第16条 省令第22条第1項の届出書は、支給決定障害者等居住地等変更届（第13号様式。以下「居住地等変更届」という。）によるものとする。

（介護給付費等の請求）

第17条 法第29条第6項に規定する請求は、原則として、指定障害福祉サービス（同条第1項に規定する指定障害福祉サービスをいう。以下同じ。）を行った日の属する月の翌月の10日までに行うものとする。

（受給者証再交付申請書）

第18条 省令第23条第1項の申請書は、受給者証再交付申請書（第14号様式）によるものとする。

（特例介護給付費等の支給の申請等）

第19条 省令第31条第1項の申請書は、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・基準該当療養介護医療費支給申請書（第15号様式。以下「特例介護給付費等支給申請書」という。）によるものとする。

2 市長は、特例介護給付費等支給申請書（特例介護給付費又は特例訓練等給付費に係るものに限る。）の提出があったときは、その支給又は不支給を決定し、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・基準該当療養介護医療費支給（不支給）決定通知書（第16号様式。以下「特例介護給付費等支給（不支給）決定通知書」という。）により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

3 法第30条第3項の特例介護給付費又は特例訓練等給付費の額は、1月につき、同一の月に受けた同項各号に掲げる障害福祉サービスの区分に応じ、当該各号に定める額を合計した額から、それぞれ政令第19条で定める額（同条で定める額が当該合計した額の100分の10に相当する額を超えるときは、当該相当する額）を控除して得た額とする。

第20条から第22条まで 削除

（特定障害者特別給付費の支給の申請等）

第23条 省令第34条の3第1項の申請書は、支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書によるものとする。

2 市長は、支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（特定障害者特別給付費に係るものに限る。）の提出があった場合において、特定障害者特別給付費の支給を決定したときは支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書により、特定障害者特別給付費の不支給を決定したときは不支給決定通知書により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（特定障害者特別給付費の変更に係る届出等）

第24条 省令第34条の3第4項の届出書は、特定障害者特別給付費変更届出書（第23号様式）によるものとする。

2 省令第34条の5第1項の規定による通知は、特定障害者特別給付費変更通知書（第24号様式）によるものとする。

（特例特定障害者特別給付費の支給の申請等）

第25条 省令第34条の4第1項の申請書は、特例介護給付費等支給申請書によるものとする。

2 市長は、特例介護給付費等支給申請書（特例特定障害者特別給付費に係るものに限る。）の提出があったときは、その支給又は不支給を決定し、特例介護給付費等支給（不支給）決定通知書により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（特定障害者特別給付費及び特例特定障害者特別給付費の支給の取消し）

第26条 省令第34条の6第2項の規定による通知は、特定障害者特別給付費・特例特定障害者特別給付費支給取消通知書（第25号様式）により行うものとする。

（指定障害福祉サービス事業所等の指定の申請）

第26条の2 省令第34条の7第1項、省令第34条の8第1項、省令第34条の9第1項、省令第34条の11第1項、省令第34条の12第1項、省令第34条の14第1項、省令第34条の15第1項、省令第34条の16第1項、省令第34条の17第1項、省令第34条の18第1項、省令第34条の18の2第1項、省令第34条の18の3第1項、省令第34条の19第1項及び省令第34条の24第1項の申請書は、指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所指定申請書（第25号様式の2。以下「指定障害福祉サービス事業所等指定申請書」という。）によるものとする。

（指定障害福祉サービス事業所等の指定の変更の申請）

第26条の3 省令第34条の22及び省令第34条の25の申請書は、指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設指定変更申請書（第25号様式の3）によるものとする。

（指定障害福祉サービス事業所等の指定の更新の申請）

第26条の4 省令第34条の7第3項、省令第34条の8第2項、省令第34条の9第2項、省令第34条の11第2項、省令第34条の12第2項、省令第34条の14第2項、省令第34条の15第2項、省令第34条の16第2項、省令第34条の17第2項、省令第34条の18第2項、省令第34条の18の2第2項、省令第34条の18の3第2項、省令第34条の19第2項及び省令第34条の24第2項の申請書は、指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所指定更新申請書（第25号様式の4。以下「指定障害福祉サービス事業所等指定更新申請書」という。）によるものとする。

（特例による指定を不要とする旨の申出）

第26条の4の2 省令第34条の26の8の申出書は、特例による指定を不要とする旨の申出書（第25号様式の4の2）によるものとする。

（指定障害福祉サービス事業所等の変更の届出）

第26条の5 省令第34条の23第1項及び省令第34条の26の規定による届出は、指定障害福祉サービス事業所・指定障害者支援施設・指定一般相談支援事業所変更事項届出書（第25号様式の5。以下「指定障害福祉サービス事業所等変更事項届出書」という。）により行うものとする。

（指定障害福祉サービス事業所等の廃止、休止又は再開の届出）

第26条の6 省令第34条の23第3項及び第4項の規定による届出は、指定障害福祉サービス事業所・指定一般相談支援事業所廃止・休止・再開届出書（第25号様式の6。以下「指定障害福祉サービス事業所等廃止・休止・再開届出書」という。）により行うものとする。

（指定障害者支援施設の指定の辞退の届出）

第26条の7 法第47条の規定による辞退は、指定辞退届出書（第25号様式の7）により行うものとする。

（指定障害福祉サービス事業者等の業務管理体制の整備に関する事項の届出）

第26条の8 省令第34条の28第1項及び第3項の規定による届出は、指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設の業務管理体制の整備に関する事項の届出書（第25号様式の7の2）により行うものとする。

（指定障害福祉サービス事業者等の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出）

第26条の9 省令第34条の28第2項の規定による届出は、指定障害福祉サービス事業者・指定障害者支援施設の業務管理体制の整備に関する事項の変更届出書（第25号様式の7の3）により行うものとする。

（基準該当障害福祉サービス事業者の登録等）

第27条 市長は、基準該当障害福祉サービスの事業を行う者（以下「基準該当障害福祉サービス事業者」という。）について、登録をすることができる。

2 前項の規定による登録に係る手続は、指定障害福祉サービスの事業を行う者の指定に係る手順の例に準じて市長が別に定める。

3 市長は、第1項の規定による登録を受けた基準該当障害福祉サービス事業者（以下「登録事業者」という。）があらかじめ特例介護給付費又は特例訓練等給付費（法第30条第1項に規定する特例介護給付費又は特例訓練等給付費をいう。以下同じ。）の代理受領について市長に申し出た場合において、支給決定障害者（法第22条第8項に規定する支給決定障害者をいう。以下同じ。）が当該登

録事業者から基準該当障害福祉サービスを受けたとき（当該支給決定障害者が当該登録事業者に法第22条第8項に規定する障害福祉サービス受給者証を提示したときに限る。）は、当該支給決定障害者が当該登録事業者に支払うべき当該基準該当障害福祉サービスに要した費用について、特例介護給付費又は特例訓練等給付費として当該支給決定障害者に支給すべき額の限度において、当該支給決定障害者に代わり、当該登録事業者に支払うことができる。

4 前項の規定による支払があったときは、支給決定障害者に対し特例介護給付費又は特例訓練等給付費の支給があったものとみなす。

（地域相談支援給付費の支給の申請等）

第27条の2 省令第34条の31第1項の申請書は、支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書によるものとする。

2 市長は、支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（地域相談支援給付費に係るものに限る。）の提出があった場合において、地域相談支援給付費の支給を決定したときは支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書により、地域相談支援給付費の不支給を決定したときは不支給決定通知書により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（地域相談支援受給者証）

第27条の3 法第51条の7第8項の地域相談支援受給者証は、地域相談支援受給者証（第25号様式の8）によるものとする。

（地域相談支援給付費の支給の変更申請等）

第27条の3の2 省令第34条の44の申請書は、変更申請書によるものとする。

2 市長は、変更申請書（地域相談支援給付費に係るものに限る。）の提出があった場合において、地域相談支援給付費の支給の変更を決定したときは変更決定通知書により、地域相談支援給付費の支給の不変更を決定したときは不変更決定通知書により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（申請内容の変更届）

第27条の4 省令第34条の48第1項の届出書は、居住地等変更届によるものとする。

（地域相談支援給付費の支給の取消し）

第27条の5 省令第34条の49の規定による通知は、支給決定取消通知書により行うものとする。

（受給者証再交付申請書）

第27条の6 省令第34条の50第1項の申請書は、受給者証再交付申請書によるものとする。

（特例地域相談支援給付費の支給の申請等）

第27条の7 省令第34条の53第1項の申請書は、特例介護給付費等支給申請書によるものとする。

2 市長は、特例介護給付費等支給申請書（特例地域相談支援に係るものに限る。）の提出があったときは、その支給又は不支給を決定し、特例介護給付費等支給（不支給）決定通知書により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

3 法第51条の15第2項の特例地域相談支援給付費の額は、法第51条の14第3項に規定する指定地域相談支援の種類ごとに指定地域相談支援に通常要する費用につき、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に基づく指定地域相談支援に要する費用の額の算定に関する基準（平成24年厚生労働省告示第124号）により算定した費用の額（その額が現に当該指定地域相談支援に要した費用の額を超えるときは、当該現に指定地域相談支援に要した費用の額）とする。

（計画相談支援給付費の支給の申請等）

第27条の8 省令第34条の54第1項の申請書は、計画相談支援給付費支給申請書（第25号様式の9）によるものとする。

2 市長は、前項の計画相談支援給付費支給申請書の提出があったときは、その支給又は不支給を決定し、計画相談支援給付費支給（不支給）決定通知書（第25号様式の10）により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（計画相談支援給付費の支給の取消し）

第27条の9 省令第34条の55第2項の規定による通知は、計画相談支援支給取消通知書（第25号様式の11）により行うものとする。

（指定一般相談支援事業所の指定の申請）

第27条の10 省令第34条の57第1項の申請書は、指定障害福祉サービス事業所等指定申請書によるものとする。

（指定一般相談支援事業所の指定の更新の申請）

第27条の11 省令第34条の57第2項の申請書は、指定障害福祉サービス事業所等指定更新申請書によるものとする。

（指定一般相談支援事業所の変更の届出）

第27条の12 省令第34条の58第1項の規定による届出は、指定障害福祉サービス事業所等変更事項届出書により行うものとする。

（指定一般相談支援事業所の廃止、休止又は再開の届出）

第27条の13 省令第34条の58第2項及び第3項の規定による届出は、指定障害福祉サービス事業所等廃止・休止・再開届出書により行うものとする。

(指定特定相談支援事業所の指定の申請)

第27条の14 省令第34条の59第1項の申請書は、指定特定相談支援事業所指定申請書（第25号様式の12）によるものとする。

(指定特定相談支援事業所の指定の更新の申請)

第27条の15 省令第34条の59第3項の申請書は、指定特定相談支援事業所指定更新申請書（第25号様式の13）によるものとする。

(指定特定相談支援事業所の変更の届出)

第27条の16 省令第34条の60第1項の規定による届出は、指定特定相談支援事業所変更事項届出書（第25号様式の14）により行うものとする。

(指定特定相談支援事業所の廃止、休止又は再開の届出)

第27条の17 省令第34条の60第2項及び第3項の規定による届出は、指定特定相談支援事業所廃止・休止・再開届出書（第25号様式の15）により行うものとする。

(指定相談支援事業者の業務管理体制の整備に関する事項の届出)

第27条の18 省令第34条の62第1項及び第3項の規定による届出は、指定相談支援事業者の業務管理体制の整備に関する事項の届出書（第25号様式の16）により行うものとする。

(指定相談支援事業者の業務管理体制の整備に関する事項の変更の届出)

第27条の19 省令第34条の62第2項の規定による届出は、指定相談支援事業者の業務管理体制の整備に関する事項の変更届出書（第25号様式の17）により行うものとする。

(自立支援医療費の支給認定の申請等)

第28条 省令第35条第1項の申請書は、自立支援医療費支給認定申請書（第26号様式）によるものとする。

2 省令第36条第1号に規定する育成医療に係る省令第35条第2項第1号の医師の意見書又は診断書は、自立支援医療（育成医療）意見書（第27号様式）によるものとする。

3 市長は、第1項の自立支援医療費支給認定申請書の提出があった場合において、自立支援医療費の支給を行うことを決定したときは自立支援医療受給者証（第28号様式。以下「受給者証」という。）により、自立支援医療費の支給を行わないことを決定したときは自立支援医療申請却下通知書（第29号様式。以下「却下通知書」という。）により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

(指定自立支援医療に係る負担上限月額の管理)

第29条 政令第35条の負担上限月額は、自立支援医療負担上限額管理票（第30号様式）により管理す

るものとする。

(自立支援医療費の支給認定の変更の申請等)

第30条 省令第45条第1項の申請書は、第28条第1項の自立支援医療費支給認定申請書によるものとする。

2 市長は、前項の自立支援医療費支給認定申請書の提出があった場合において、支給認定の変更を行うことを決定したときは変更後の内容を記載した受給者証により、変更を行わないことを決定したときは却下通知書により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

(自立支援医療費の申請内容の変更の届出)

第31条 省令第47条第1項の届出書は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届(第31号様式)によるものとする。

(指定自立支援医療の再認定申請等)

第32条 第28条第3項の規定による支給認定の決定を受けた者が、その支給認定に係る有効期間満了後再び当該決定に係る自立支援医療費の申請をしようとするときは、同条第1項の自立支援医療費支給認定申請書を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の自立支援医療費支給認定申請書の提出があった場合において、再び自立支援医療費の支給を行うことを決定したときは受給者証により、支給を行わないことを決定したときは却下通知書により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

(受給者証の再交付の申請等)

第33条 省令第48条第1項の申請書は、自立支援医療受給者証再交付申請書(第32号様式)によるものとする。

(支給認定の取消し)

第34条 省令第49条第1項の書面は、自立支援医療支給認定取消通知書(第33号様式)によるものとする。

(自立支援医療治療経過の報告等)

第35条 法第59条第1項の規定による指定を受けた医療機関は、その担当する自立支援医療について、市長の指示に基づき、自立支援医療治療経過及び治療予定報告書(第34号様式)により必要な報告を行わなければならない。

(医療機関指定申請書)

第36条 省令第57条第1項の申請書は、医療機関指定申請書(病院及び診療所用)(第35号様式)によるものとする。

- 2 省令第57条第2項の申請書は、医療機関指定申請書（薬局用）（第36号様式）によるものとする。
- 3 省令第57条第3項の申請書は、医療機関指定申請書（指定訪問看護事業者等用）（第37号様式）によるものとする。

（指定医療機関担当医療種類変更承認申請書）

第37条 法第59条第1項の規定により指定を受けた病院若しくは診療所若しくは薬局の開設者又は指定訪問看護事業者等は、省令第57条第1項第5号若しくは同条第2項第5号又は同条第3項第5号の担当しようとする自立支援医療の種類を変更しようとするときは、指定医療機関担当医療種類変更承認申請書（第38号様式）を市長に提出しなければならない。

（関係帳簿）

第38条 市長は、次に掲げる帳簿を備え、必要な事項を記載しておくものとする。

- （1）自立支援医療給付申請及び決定簿（第39号様式）
- （2）指定医療機関台帳（第40号様式）

（基準該当療養介護医療費の支給の申請等）

第39条 省令第64条の3第1項の申請書は、特例介護給付費等支給申請書によるものとする。

- 2 市長は、特例介護給付費等支給申請書（基準該当療養介護医療費に係るものに限る。）の提出があったときは、その支給又は不支給を決定し、特例介護給付費等支給（不支給）決定通知書により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（補装具費の支給の申請等）

第40条 省令第65条の7第1項の申請書は、補装具費購入・借受け・修理支給申請書（第41号様式）によるものとする。

- 2 市長は、前項の補装具費購入・借受け・修理支給申請書の提出があった場合において、補装具費の支給を行うことを決定したときは補装具費支給決定通知書（第42号様式）により、補装具費の支給を行わないことを決定したときは補装具費不支給決定通知書（第43号様式）により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。
- 3 市長は、前項の規定による補装具費の支給の決定を受けた者に対し、補装具費支給券（第44号様式）を交付するものとする。
- 4 市長は、補装具費支給申請決定簿（第45号様式）を備え、必要な事項を記載しておくものとする。

（高額障害福祉サービス等給付費の支給の申請等）

第40条の2 省令第65条の9の2第1項及び第3項の申請書は、高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（第45号様式の2）によるものとする。

2 市長は、前項の高額障害福祉サービス等給付費支給申請書の提出があったときは、その支給又は不支給を決定し、高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（第45号様式の3）により、その旨を当該決定を受けた者に通知するものとする。

（障害福祉サービス事業等の開始の届出）

第41条 法第79条第2項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等開始届（第46号様式）により行うものとする。

（障害福祉サービス事業等の変更の届出）

第42条 法第79条第3項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等変更届（第47号様式）により行うものとする。

（障害福祉サービス事業等の廃止又は休止の届出）

第43条 法第79条第4項の規定による届出は、障害福祉サービス事業等廃止・休止届（第48号様式）により行うものとする。

附 則

この規則は、平成18年4月1日から施行する。

附 則（平成18年10月18日いわき市規則第63号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された帳票等で残存するものについては、当分の間、必要な調整を行って引き続き使用することができる。

附 則（平成20年3月31日いわき市規則第17号）

この規則は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成20年10月14日いわき市規則第40号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成22年3月5日いわき市規則第5号）

この規則中第1条の規定は公布の日から、第2条の規定は平成22年4月1日から施行する。

附 則（平成24年3月31日いわき市規則第24号）

- 1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された帳票等で残存するものについては、当分の間、必要な調整を行って引き続き使用することができる。

附 則（平成25年3月29日いわき市規則第12号）

この規則は、平成25年4月1日から施行する。ただし、第1条中いわき市障害者自立支援法施行細

則第27号様式の改正規定は、公布の日から施行する。

附 則（平成26年3月26日いわき市規則第4号抄）

- 1 この規則は、平成26年4月1日から施行する。
- 3 この規則の施行前に作成された帳票等で残存するものについては、当分の間、必要な調整を行って引き続き使用することができる。

附 則（平成27年12月28日いわき市規則第58号）

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された帳票等で残存するものについては、当分の間、必要な調整を行って引き続き使用することができる。

附 則（平成28年3月31日いわき市規則第16号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日いわき市規則第30号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成30年3月30日いわき市規則第14号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成30年10月1日いわき市規則第47号）

- 1 この規則は、平成30年10月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された帳票等で残存するものについては、当分の間、必要な調整を行って引き続き使用することができる。

附 則（平成31年3月29日いわき市規則第13号）

この規則は、平成31年4月1日から施行する。

附 則（令和2年6月29日いわき市規則第34号）

- 1 この規則は、令和2年7月1日から施行する。
- 2 この規則の施行前に作成された帳票等で残存するものについては、当分の間、必要な調整を行って引き続き使用することができる。

附 則（令和3年8月12日いわき市規則第45号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和5年6月28日いわき市規則第27号）

この規則は、公布の日から施行する。

第1号様式 (第8条、第23条、第27条の2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

いわき市長 様

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	
フリガナ		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
難病名				
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。)				有・無
被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号		

※ 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合に記入すること。

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 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							
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"/> 重度訪問介護						
		<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"/> 就労継続支援(A型)						
	<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)							
	<input type="checkbox"/> 就労定着支援							
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助							
居住系 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の写しを、いわき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若しくは指定一般相談支援事業者の関係人又は医師意見書を記載した医師に提供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すること。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 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。 （該当するものに○をつける。いずれにも該当しない場合は、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 なお、療養介護を利用する場合は、次の(1)又は(2)の該当する方に○をつける。 (1) 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計が80万円以下の者 (2) (1)以外の者 3 市町村民税課税世帯（障がい者：所得割16万円未満、児童：所得割28万円未満）に属する者 ※ 18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障がい者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 次のいずれにも該当するため、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 才） （施設名： ） 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 才） （施設名： ）
	<input type="checkbox"/> 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） 次のいずれにも該当するため、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 才） （施設名： ） 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 才） （施設名： ）
	<input type="checkbox"/> 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該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置及び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"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 地区保健福祉センター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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

特記事項	※ 連絡先（申請者以外）（氏名	電話番号	連絡時間	時頃）
------	-----------------	------	------	-----

第2号様式（第8条、第23条、第27条の2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

様

いわき市長

印

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	
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	

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
	特記事項		

療養介護医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	療養介護医療の 自己負担上限月額	円	食事療養の 自己負担上限月額	円
	上限月額の 適用期間			

備考

- この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - 審査請求があった日から3箇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。
 - 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第3号様式（第8条、第23条、第27条の2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

不支給決定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

申請事項	
不支給の理由	

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

（表面）

障害支援区分認定調査員身分証明書

氏 名

生年月日

年 月 日

事業者名

上の者は、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の規定に基づく認定調査に従事する者であることを証明する。

年 月 日発行

いわき市長

印

（裏面）

注 意 事 項

- 1 この証明書は、認定調査を行う際には必ず携帯し、関係者の請求があったときは、これを提示しなければならない。
- 2 この証明書は、他人に譲渡し、又は貸与してはならない。
- 3 この証明書を紛失し、若しくは損傷し、又は氏名を変更したときは、直ちに市長に届け出て再交付を受けなければならない。
- 4 この証明書は、退職、委託契約の解除等により認定調査に従事しないこととなったときは、直ちに市長に返還しなければならない。
- 5 この証明書の有効期限は、年 月 日までとする。

障害支援区分認定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

年 月 日付けの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21条の規定により次のとおり障害支援区分の認定を行ったので通知します。

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			
<p>(留意事項)</p> <p>1 障害支援区分の結果や申請者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。</p> <p>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。</p>			

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第6号様式（第11条関係）

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医師意見書提出依頼書

年 月 日

様

いわき市長

印

次の者について同封の「医師意見書」を記入の上、次の提出期限までにご返送ください。

対象者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒		
意見書提出期限	年 月 日			
特記事項				

第7号様式（第12条関係）

<p style="text-align: center;">(一)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">障害福祉サービス受給者証</th> </tr> <tr> <td style="width:15%;">受給者証番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">支給決定障害者等</td> <td>居住地</td> </tr> <tr> <td>フリガナ 氏名</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">児童</td> <td>フリガナ 氏名</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> </tr> <tr> <td>障害種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>支給市町村名 及び印</td> <td></td> </tr> </table>	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		交付年月日	年 月 日	支給市町村名 及び印		<p style="text-align: center;">(二)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">介護給付費の支給決定内容</th> </tr> <tr> <td style="width:15%;">障害支援区分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定有効期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>予備欄</td> <td></td> </tr> </table>	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		<p style="text-align: center;">(三)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;"></td> </tr> </table>	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														
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																																																																								
交付年月日	年 月 日																																																																							
支給市町村名 及び印																																																																								
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																																																																								
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																																																																							
<p style="text-align: center;">(四)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">訓練等給付費の支給決定内容</th> </tr> <tr> <td style="width:15%;">障害支援区分</td> <td></td> </tr> <tr> <td>認定有効期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>予備欄</td> <td></td> </tr> </table>	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		<p style="text-align: center;">(五)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">計画相談支援給付費の支給内容</th> </tr> <tr> <td style="width:15%;">支給期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>指定特定相談支援事業所名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>モニタリング期間</td> <td></td> </tr> <tr> <td>予備欄</td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">特定障害者特別給付費の支給内容</th> </tr> <tr> <td>施設入所支援</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td>円/日</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>共同生活援助又は重度障害者等包括支援</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td>円/月</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>予備欄</td> <td></td> </tr> </table>	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		<p style="text-align: center;">(六)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</th> </tr> <tr> <td style="width:15%;">負担上限月額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">食事提供体制加算対象者</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担上限額管理対象者該当の有無</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担上限額管理事業所名</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="height: 100px;">特記事項欄</td> </tr> <tr> <td>予備欄</td> <td></td> </tr> </table>	利用者負担に関する事項		負担上限月額		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	
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																																																																								
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																																																																								
利用者負担に関する事項																																																																								
負担上限月額																																																																								
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																																																																								

(七) 訪問系サービス事業者記入欄				(八) 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						事業者確認印
	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			事業者確認印	
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						事業者確認印
	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			事業者確認印	
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						事業者確認印
	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			事業者確認印	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量							
4	事業者及びその事業所の名称						
	サービス内容						事業者確認印
	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			事業者確認印	
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						事業者確認印
	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			事業者確認印	
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						事業者確認印
	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			事業者確認印	
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					(十) 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					(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	実施日	日数	月累計	事業者確認印	番号	事業者及びその事業所の名称	サービス内容	事業者確認印	番号	事業者及びその事業所の名称	入所(原)日	退所(原)日	事業者確認印
1		年 月 日から 年 月 日まで				1		サービス内容 契約支給量(〇月) 日	事業者確認印	1		入所(原)日 年 月 日	退所(原)日 年 月 日	
2		年 月 日から 年 月 日まで						契約日 年 月 日				入所(原)日 年 月 日	退所(原)日 年 月 日	
3		年 月 日から 年 月 日まで						当該契約支給量によるサービス提供終了日 年 月 日	事業者確認印			入所(原)日 年 月 日	退所(原)日 年 月 日	
4		年 月 日から 年 月 日まで						サービス提供終了月中の終了日までの既提供量				子欄欄		
5		年 月 日から 年 月 日まで				2		サービス内容 契約支給量(〇月) 日	事業者確認印					
6		年 月 日から 年 月 日まで						契約日 年 月 日						
7		年 月 日から 年 月 日まで						当該契約支給量によるサービス提供終了日 年 月 日	事業者確認印					
8		年 月 日から 年 月 日まで						サービス提供終了月中の終了日までの既提供量						
9		年 月 日から 年 月 日まで						事業者及びその事業所の名称						
10		年 月 日から 年 月 日まで				3		サービス内容 契約支給量(〇月) 日	事業者確認印					
11		年 月 日から 年 月 日まで						契約日 年 月 日						
12		年 月 日から 年 月 日まで						当該契約支給量によるサービス提供終了日 年 月 日	事業者確認印					
		年 月 日から 年 月 日まで						サービス提供終了月中の終了日までの既提供量						

<p style="text-align: center;">(十二)</p> <p style="text-align: center;">就労定着支援・自立生活援助 事業者記入欄</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width:10%;">番号</th> <th style="width:40%;">事業者及び その事業所の名称</th> <th style="width:20%;">利用開始日 利用終了日</th> <th style="width:30%;">事業者 確認印</th> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">1</td> <td rowspan="2"></td> <td>契約日 年 月 日</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>サービス提供終了日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="text-align: center;">2</td> <td rowspan="2"></td> <td>契約日 年 月 日</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td>サービス提供終了日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4">予備欄</td> </tr> </table>	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	事業者 確認印	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				<p style="text-align: center;">(十三)</p> <p style="text-align: center;">予備欄</p>	<p style="text-align: center;">(十四)</p> <p style="text-align: center;">注意事項欄</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、この証に医療保険の被保険者証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しん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市町村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、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。 																						
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	事業者 確認印																																							
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																																										
<p style="text-align: center;">(十五)</p> <p style="text-align: center;">注意事項欄</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、市町村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、この証を添えて市町村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、この証を交付した市町村にご連絡、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、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 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。 	<p style="text-align: center;">(十六)</p> <p style="text-align: center;">療養介護医療受給者証</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">公費負担者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">公費受給者番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">支給決定障害者</td> <td>フリガナ</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>居住地</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="2">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">負担上限月額</td> <td>療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）</td> <td>月額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>食事療養（生活療養）</td> <td>月額</td> <td>円</td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td colspan="3">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td colspan="3">年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">支給市町村名及び印</td> </tr> </table>	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				<p style="text-align: center;">(十七)</p> <p style="text-align: center;">注意事項欄</p> <ol style="list-style-type: none"> 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 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医療保険の被保険者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。 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1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。）。 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市町村に提出してください。 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市町村にこの証を添えて、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。 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 支給決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、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、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。
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																																										

第8号様式（第13条、第27条の3の2関係）

介護給付費
訓練等給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額等変更申請書
地域相談支援給付費
免除

年 月 日

いわき市長 様

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		
	フリガナ		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
難病名				
被保険者証の記号及び番号		保険者名及び番号		

※ 「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合に記入すること。

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 1 2 3 4 5 6	有効期間						
	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	<input type="checkbox"/>	居宅介護	/							
		<input type="checkbox"/>	重度訪問介護								
		<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"/>			<input type="checkbox"/>					宿泊型自立訓練			
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>					就労移行支援			
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	就労継続支援（A型）							
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	就労継続支援（B型）							
系 居住地相談	<input type="checkbox"/>	施設入所支援	<input type="checkbox"/>	自立生活援助（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の写しを、いわき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若しくは指定一般相談支援事業者の関係人又は医師意見書を記載した医師に提供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、介護給付費又は訓練等給付費（共同生活援助に係るものに限る。）の変更申請をする場合に記入すること。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 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。 （該当するものに○をつける。いずれにも該当しない場合は、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 なお、療養介護を利用する場合は、次の(1)又は(2)の該当する方に○をつける。 (1) 利用者本人の合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計が80万円以下の者 (2) (1)以外の者 3 市町村民税課税世帯（障がい者：所得割16万円未満、児童：所得割28万円未満）に属する者 ※ 18歳以上（入所施設利用者は20歳以上）の障がい者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 次のいずれにも該当するため、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 才） （施設名： ）	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 才） （施設名： ）
	<input type="checkbox"/> 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） 次のいずれにも該当するため、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 才） （施設名： ） 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 才） （施設名： ）
	<input type="checkbox"/> 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該当するため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置及び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"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 地区保健福祉センター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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

特記事項	※ 連絡先（申請者以外）（氏名	電話番号	連絡時間	時頃）
------	-----------------	------	------	-----

第9号様式（第13条、第27条の3の2関係）

介護給付費
 訓練等給付費支給変更決定通知書兼利用者負担額
 地域相談支援給付費 減額免除等変更決定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

受給者証番号		支給決定障害者(保護者)氏名	
変更年月日		支給決定に係る児童氏名	
変更の内容	変更前		
	変更後		

受給者証をいわき市 地区保健福祉センターに提出してください。

提出先 いわき市 地区保健福祉センター
 住所
 電話番号

提出期限 年 月 日

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第10号様式（第13条、第27条の3の2関係）

介護給付費

訓練等給付費

地域相談支援給付費

支給不変更決定通知書兼利用者負担額

減額
免除

等不変更決定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

申 請 事 項	
不 変 更 の 理 由	

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

障害支援区分変更認定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

年 月 日付けの介護給付費等の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21条及び第24条の規定により次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。

受給者証番号			
支給決定障害者		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			
<p>(留意事項)</p> <p>1 障害支援区分の結果や申請者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。</p> <p>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。</p>			

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第12号様式（第15条、第27条の5関係）

支給決定取消通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

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	

受給者証をいわき市 地区保健福祉センターに返還してください。

提出先 いわき市 地区保健福祉センター

住所

電話番号

返還期限 年 月 日

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第13号様式（第16条、第27条の4関係）
支給決定障害者居住地等変更届

年 月 日

いわき市長 様

注意 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

提出者	フリガナ		届出者との関係	
	氏名			
提出者	住所			
届出者	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	
	住所	電話番号		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給決定に係る児童氏名		個人番号	
届出区分	<input type="checkbox"/> 氏名の変更 <input type="checkbox"/> 居住地の変更 <input type="checkbox"/> その他			
変更の内容	変更前			
	変更後			
特記事項				

備考 受給者証を添付してください。

第15号様式（第19条、第25条、第27条の7、第39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支給申請書
 特例地域相談支援給付費
 基準該当療養介護医療費
 （ 年 月分）

年 月 日

いわき市長 様

フリガナ				受給者証番号		
申請者氏名						
申請者 生年月日	年	月	日	個人番号		
居住地	〒			電話番号		
フリガナ			生年月日	年	月	日
支給決定に係る 児童氏名			個人番号			続柄
（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 基準該当療養介護医療費）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（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		

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 基準該当療養介護医療費）を次の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他
	金融機関コード		口座番号			
	店舗コード					
	フリガナ					
口座名義人						

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

市記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考

第16号様式（第19条、第25条、第27条の7、第39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 支給（不支給）決定通知書

特例地域相談支援給付費

基準該当療養介護医療費

年 月 日

様

いわき市長

印

申請者氏名		受給者証番号	.....
受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
（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 基準該当療養介護医療費）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
不支給・減額の理由			

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第17号様式から第22号様式まで 削除

第23号様式 (第24条関係)

特定障害者特別給付費変更届出書

年 月 日

いわき市長 様

フリガナ		生 年 日	年 月 日
特定障害者 氏 名		個 人 号 番 号	
居 住 地	〒 電話番号		
届出書提出者	<input type="checkbox"/> 特定障害者(本人) <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		本 人 と の 関 係	
氏 名			
住 所	〒 電話番号		
変更事項			
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。

特定障害者特別給付費変更通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

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規則第34条の5の規定に基づき、次のとおり通知します。

受給者証番号	|||||	特定障害者氏名	
変更年月日			
特定障害者特別給付費の額	変更前		
	変更後		

受給者証をいわき市 地区保健福祉センターに提出してください。

提出先 いわき市 地区保健福祉センター
住所
電話番号

提出期限 年 月 日

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第25号様式（第26条関係）

特定障害者特別給付費
支給取消通知書
特例特定障害者特別給付費

年 月 日

様

いわき市長 印

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規則第34条の6の規定により、次のとおり（特定障害者特別給付費 特例特定障害者特別給付費）の支給を取り消しましたので通知します。

受給者証番号	|||||	障害者氏名 (保護者氏名)	
支給取消日		児童氏名	
取消理由			

受給者証をいわき市 地区保健福祉センターに提出してください。

提出先 いわき市 地区保健福祉センター
住所
電話番号

提出期限 年 月 日

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

第25号様式の2 (第26条の2、第27条の10関係)

指定障害福祉サービス事業所
 指定障害者支援施設指定申請書
 指定一般相談支援事業所

年 月 日

いわき市長 様

申請者 (設置者) 所在地
 名称
 代表者氏名

申請者 (設置者)	フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		
	名		称		称		称		
	主たる事務所の所在地		〒		〒		〒		
	又は住所		〒		〒		〒		
	法人の種類別		法人所轄庁		法人所轄庁		法人所轄庁		
	連絡先		電話番号		ファクシミリ番号		ファクシミリ番号		
	電子メールアドレス		電子メールアドレス		電子メールアドレス		電子メールアドレス		
指定を受けようとする事業所・施設の種類の種類	代表者の職・氏名・生年月日		職名	フリガナ 氏名	生年月日	年	月	日	
	代表者の住所		〒		〒		〒		
	フリガナ		フリガナ		フリガナ		フリガナ		
	名		称		称		称		
	所在地		〒		〒		〒		
	同一所在地において実施する事業等の種類		事業	指定申請をする事業等の事業開始予定年月日	付表	既に指定を受けている事業等	事業所番号及び指定年月日	備考	
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護等		年	月	日	別紙のとおり		
		重度障害者等包括支援		年	月	日			
		短期入所		年	月	日			
		共同生活援助		年	月	日			
療養介護		年	月	日					
生活介護		年	月	日					
自立訓練(機能訓練)		年	月	日					
自立訓練(生活訓練)		年	月	日					
就労移行支援		年	月	日					
就労継続支援		年	月	日					
就労定着支援		年	月	日					
自立生活援助		年	月	日					
多機能型		年	月	日					
指定障害者支援施設		年	月	日					
指定一般相談支援事業所(地域移行支援)		年	月	日					
指定一般相談支援事業所(地域定着支援)		年	月	日					
事業所番号		同一の法律において既に指定を受けている場合							

備考

- 「法人の種類別」欄は、申請者又は設置者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者又は設置者が主務官庁の認可等を受けて設立された法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 「実施事業」欄は、この申請に係るものの欄に○を記入してください。
- 「既に指定を受けている事業等」欄は、既に本市の指定を受けているものの欄に○を記入してください。
- 「既に指定を受けている事業等の事業所番号及び指定年月日」欄は、既に本市の指定を受けている場合にのみ必要事項を別紙に記入してください。
- 指定を受けようとする事業等の種類に応じ、それぞれ該当する付表の欄に掲げる付表を添付してください。

第25号様式の3 (第26条の3 関係)

指定障害福祉サービス事業者
指定障害者支援施設 指定変更申請書

年 月 日

いわき市長 様

申請者 (設置者) 所在地
名称
代表者氏名

申請者 (設置者)	フリガナ						
	名称						
	主たる事務所の所在地		〒				
	法人の種類別					法人所轄庁	
	連絡先	電話番号				ファクシミリ番号	
		電子メールアドレス					
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日
代表者の住所	〒						
とする事業所・施設 指定変更を受けよう	フリガナ						
	名称						
	所在地		〒				
サービスの種類							
変更する事項				変更の内容			
1	事業所又は施設の名称			(変更前)			
2	事業所又は施設の所在地						
3	申請者又は設置者の名称						
4	申請者又は設置者の主たる事務所の所在地						
5	申請者又は設置者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名						
6	事業所又は建物の平面図(各室の用途を明示したもの)及び設備の概要並びに建物の構造概要			(変更後)			
7	従事者の勤務の体制及び勤務形態						
8	利用定員						
9	施設障害福祉サービスの種類						
10	利用者の推移数						
11	入所定員						

備考

- 「法人の種類別」欄は、申請者又は設置者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者又は設置者が主務官庁の認可等を受けて設立された法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 「変更する事項」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 変更の内容が確認できる書類を添付してください。

第25号様式の4 (第26条の4、第27条の11関係)

指定障害福祉サービス事業所
 指定障害者支援施設指定更新申請書
 指定一般相談支援事業所

年 月 日

いわき市長 様

申請者 (設置者) 所在地
 名称
 代表者氏名

申請者 (設置者)	フリガナ					
	名称					
	主たる事務所の所在地 又は住所	〒				
	法人の種別				法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	電子メールアドレス		ファクシミリ番号	
	代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日	年 月 日
代表者の住所	〒					
更新を受けようとする事業所・施設の種類	フリガナ					
	名称					
	所在地	〒				
	同一所在地において 行う事業等の種類	実施事業	現に受けている指定の有効期間満了日	付表	既に指定を受けている事業等 事業所番号及び指定年月日	備考
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護等	年 月 日		別紙のとおり	
	重度障害者等包括支援	年 月 日				
	短期入所	年 月 日				
	共同生活援助	年 月 日				
	療養介護	年 月 日				
	生活介護	年 月 日				
	自立訓練(機能訓練)	年 月 日				
	自立訓練(生活訓練)	年 月 日				
	就労移行支援	年 月 日				
	就労継続支援	年 月 日				
就労定着支援	年 月 日					
自立生活援助	年 月 日					
多機能型	年 月 日					
指定障害者支援施設	年 月 日					
指定一般相談支援事業所 (地域移行支援)	年 月 日					
指定一般相談支援事業所 (地域定着支援)	年 月 日					
事業所番号	同一の法律において既に指定を受けている場合					

備考

- 「法人の種別」欄は、申請者又は設置者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者又は設置者が主務官庁の認可等を受けて設立された法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 「実施事業」欄は、この更新申請に係るものの欄に○を記入してください。
- 「既に指定を受けている事業等」欄は、既に本市の指定を受けているものの欄に○を記入してください。
- 「既に指定を受けている事業等の事業所番号及び指定年月日」欄は、既に本市の指定を受けている場合にのみ必要事項を別紙に記入してください。
- 指定を受けようとする事業等の種類に応じ、それぞれ該当する付表の欄に掲げる付表を添付してください。

第25号様式の4の2 (第26条の4の2関係)
 特例による指定を不要とする旨の申出書

年 月 日

いわき市長 様

所在地

申出者 名 称

代表者氏名

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41条の2第1項ただし書の規定により、次のとおり申し出ます。

申出に係る事業所	名 称	
	所在地	
申 請 者	氏 名	
	住 所	(郵便番号 —)
管 理 者	氏 名	
	住 所	(郵便番号 —)
申出に係るサービスの種類		

備考 「申出に係るサービスの種類」欄は、該当するサービスの種類を記載してください。

第25号様式の5 (第26条の5、第27条の12関係)

指定障害福祉サービス事業所
 指定障害者支援施設 変更事項届出書
 指定一般相談支援事業所

年 月 日

いわき市長 様

届出者 所在地
 名称
 代表者氏名

指定内容を変更した 事業所又は施設		事業所番号							
		名称							
		所在地	〒						
		サービスの種類							
変更があった事項		変更の内容							
1	事業所又は施設の名称	(変更前)							
2	事業所又は施設の所在地								
3	申請者又は設置者の名称 (個人にあっては氏名)								
4	申請者又は設置者の主たる事務所の所在地 (個人にあっては、住所)								
5	申請者又は設置者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名								
6	定款、その他の基本約款 (就労継続支援A型に限る。) 及び登記事項証明書又は条例等 (当該指定に係る事業に関するものに限る。)								
7	提供する障害福祉サービスの種類 (重度障害者等包括支援に限る。)								
8	委託提供する障害福祉サービスの種類、委託する事業所の名称若しくは所在地 (重度障害者等包括支援に限る。)								
9	事業所又は建物の平面図 (各室の用途を明示したもの) 及び設備の概要並びに建物の構造概要								
10	事業所又は施設の管理者若しくは指定地域相談支援の提供に当たる者の氏名、生年月日、住所及び経歴								
11	事業所のサービス提供責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴	(変更後)							
12	事業所又は施設のサービス管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴								
13	主たる対象者								
14	運営規程								
15	事業所の種別 (空床型・併設型・単独型の別)								
16	併設型・単独型における利用定員数又は空床型における当該施設の入所者の定員								
17	協力医療機関の名称及び診療科名又は協力歯科医療機関の名称並びに当該協力医療機関又は協力歯科医療機関との契約の内容								
18	指定障害福祉サービス基準第151条の関係機関との連携その他の適切な支援体制の概要								
19	連携している公共職業安定所その他関係機関の名称 (就労移行支援に限る。)								
20	併設する施設がある場合の当該併設施設の概要								
21	同一敷地内にある入所施設及び病院の概要								
変 更 年 月 日		年 月 日							

備考

- 「変更があった事項」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 変更の内容が確認できる書類を添付してください。なお、当該書類が障害福祉サービスの利用者の定員の増加に伴うものである場合は、当該障害福祉サービスに係る従業員の勤務の体制及び勤務形態を記入した書類を併せて添付してください。
- 変更した日から10日以内に届け出てください。

第25号様式の6 (第26条の6、第27条の13関係)

指定障害福祉サービス事業所 廃止・休止・再開届出書
 指定一般相談支援事業所

年 月 日

いわき市長 様

届出者 所在地
 名称
 代表者氏名

	事業所番号										
廃止、休止又は再開する事業所	名称										
	所在地	〒									
廃止、休止又は再開の年月日	年 月 日										
廃止又は休止する理由											
現に指定障害福祉サービス又は指定一般相談支援を受けていた者に対する措置 (廃止又は休止する場合のみ)											
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで										

備考

- 1 廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。
- 2 再開した日から10日以内に届け出てください。

指定辞退届出書

年 月 日

いわき市長 様

届出者 所在地
 名称
 代表者氏名

	事業所番号									
指定を辞退する施設	名称									
	所在地	〒								
指定を受けた年月日	年 月 日									
指定を辞退する理由										
現に施設に入所している者に対する措置										

備考 指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

第25号様式の7の2（第26条の8関係）

受付番号	
------	--

指定障害福祉サービス事業者の業務管理体制の整備に関する事項の届出書
 指定障害者支援施設

年 月 日

いわき市長 様

事業者 名 称
 代表者氏名

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号																			
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

届出の内容																		
(1) 法第51条の2第2項関係（整備）																		
(2) 法第51条の2第4項関係（区分の変更）																		
事業者	フリガナ																	
	名称又は氏名																	
	住 所 (主たる事務所の所在地)		(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)															
	連 絡 先		電話番号				FAX番号				メールアドレス							
	法人の種別																	
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名				フリガナ				生年月日	年 月 日						
	代表者の住所		(郵便番号 -) 都道 郡 市 府県 区 (ビルの名称等)															
事業所名称等及び所在地		事業所名称	指定年月日	事業所番号	所在地													
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上の該当する条文（事業者の区分）																		
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規則第34条の28第1項第2号から第4号までの規定に基づく届出事項		第2号	法令遵守責任者の氏名（フリガナ）				生年月日											
		第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要															
		第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要															
区分変更	区分変更前行政機関名称, 担当部（局）課																	
	事業者（法人）番号																	
	区分変更の理由																	
	区分変更後行政機関名称, 担当部（局）課																	
	区分変更日		年 月 日															

受付番号	
------	--

指定障害福祉サービス事業者の業務管理体制の整備に関する事項の変更届出書
 指定障害者支援施設

年 月 日

いわき市長 様

事業者 名 称
 代表者氏名

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 法人の種別及び名称（フリガナ） 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX 番号及びメールアドレス 3 代表者氏名（フリガナ）及び生年月日 4 代表者の住所及び職名 5 事業所名称等及び所在地 6 法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8 業務執行の状況の監査の方法の概要 |
|---|

変 更 の 内 容

(変更前)

(変更後)

第25号様式の8 (第27条の3 関係)

地域相談支援受給者証		地域相談支援給付費の給付決定内容		一般相談支援事業者記載欄			
受給者証番号		地域相談支援の種類		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	事業者 確認印
地域相談支援給付決定障害者	居住地	地域相談支援 給付量等				契約日	
	フリガナ					年月日	
	氏名	地域相談支援 給付決定期間	年月日から	年月日まで	サービス提供終了日	年月日	
	生年月日	年月日	地域相談支援の種類		契約日	年月日	
障害種別		地域相談支援 給付量等		サービス提供終了日	年月日	予備欄	
交付年月日	年月日	地域相談支援 給付決定期間	年月日から	年月日まで			
支給市町村名 及び印		予備欄					

計画相談支援給付費の支給内容	注意事項
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	<ol style="list-style-type: none"> 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。 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、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。 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、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 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、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。 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。 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。 7 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。 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。 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。
モニタリング期間	
予備欄	

第25号様式の9 (第27条の8関係)

計画相談支援給付費支給申請書

年 月 日

いわき市長 様

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		
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	申請に係る 児童氏名		個人番号	
			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 (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		

第25号様式の10（第27条の8関係）

計画相談支援給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

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		申請に係る児童氏名	
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない		
支給期間	年 月から 年 月まで		
モニタリング期間			
支給しない理由			

備考

- この処分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箇月以内にいわき市長に対し審査請求をすることができます。
- この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に限り、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しを求める訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、この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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3箇月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箇月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過すると、この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。）。)

第25号様式の11（第27条の9関係）

計画相談支援給付費支給取消通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

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	
支給取消に係る 障害者（保護者）		支給取消に係る 児童氏名	
支給取消日			
取消理由			
障害福祉サービス 受給者証の提出先 及び提出期限	提出先：いわき市 地区保健福祉センター 住 所 電話番号 提出期限： 年 月 日		

備考

- この処分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箇月以内にいわき市長に対し審査請求をすることができます。
- この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内に限り、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しを求める訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6箇月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過すると、この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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3箇月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箇月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日から起算して1年を経過すると、この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。）。

第25号様式の12（第27条の14関係）

指定特定相談支援事業所指定申請書

年 月 日

いわき市長 様

申請者 所在地
名称
代表者氏名

申請者	フリガナ		-----						
	名称								
	主たる事務所の所在地		〒						
	法人の種類別				法人所轄庁				
	連絡先	電話番号				ファクシミリ番号			
		電子メールアドレス							
代表者の職・氏名・生年月日		職名		フリガナ	-----	生年月日	年 月 日		
				氏名					
代表者の住所		〒							
指定を受けようとする事業所	フリガナ		-----						
	名称								
	所在地		〒						
事業開始予定年月日		年 月 日							
既に指定を受けている場合は記入してください。									
事業の種類	事業所番号				指定年月日				
指定障害児相談支援事業							年 月 日		
地域相談支援事業（地域移行支援）							年 月 日		
地域相談支援事業（地域定着支援）							年 月 日		
介護保険法の居宅介護支援事業							年 月 日		
介護保険法の介護予防支援事業							年 月 日		

備考

- 1 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 3 付表を添付してください。

第25号様式の13（第27条の15関係）

指定特定相談支援事業所指定更新申請書

年 月 日

いわき市長 様

所在地
申請者 名称
代表者氏名

申請者	フリガナ								
	名称								
	主たる事務所の所在地		〒						
	法人の種類別				法人所轄庁				
	連絡先	電話番号				ファクシミリ番号			
		電子メールアドレス							
	代表者の職・氏名・生年月日		職名		フリガナ 氏名		生年月日	年 月 日	
代表者の住所		〒							
更新を受けようとする事業所	フリガナ								
	名称								
	所在地		〒						
現に受けている指定の有効期間満了日		年 月 日							
既に指定を受けている場合は記載してください。									
事業の種類	事業所番号					指定年月日			
指定障害児相談支援事業						年 月 日			
地域相談支援事業（地域移行支援）						年 月 日			
地域相談支援事業（地域定着支援）						年 月 日			
介護保険法の居宅介護支援事業						年 月 日			
介護保険法の介護予防支援事業						年 月 日			

備考

- 「法人の種類別」欄は、「社会福祉法人」、「医療法人」、「一般社団法人」、「一般財団法人」、「公益社団法人」、「公益財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入してください。
- 付表を添付してください。

第25号様式の14（第27条の16関係）

指定特定相談支援事業所等変更事項届出書

年 月 日

いわき市長 様

所在地
届出者 名称
代表者氏名

		事業所番号								
指定内容を変更した 事業所又は施設		名称								
		所在地	〒							
		サービスの種類								
変更があった事項						変更の内容				
1	事業所の名称	(変更前)								
2	事業所の所在地									
3	申請者の名称									
4	申請者の主たる事務所の所在地									
5	申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名									
6	申請者の登記事項証明書又は条例等									
7	事業所の平面図	(変更後)								
8	事業所の管理者及び相談支援専門員（指定計画相談支援の提供に当たる者）の氏名、生年月日、住所及び経歴									
9	運営規程									
変 更 年 月 日						年 月 日				

備考

- 1 「変更があった事項」欄は、該当するものの番号を○で囲んでください。
- 2 変更の内容が確認できる書類を添付してください。
- 3 変更した日から10日以内に届け出てください。

第25号様式の15 (第27条の17関係)

指定特定相談支援事業所廃止・休止・再開届出書

年 月 日

いわき市長 様

所在地
届出者 名称
代表者氏名

	事業所番号													
廃止、休止又は再開する事業所	名称													
	所在地	〒												
廃止、休止又は再開の年月日	年 月 日													
廃止又は休止する理由														
現に指定特定相談支援を受けていた者に対する措置														
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで													

備考

- 1 廃止又は休止の日の1月前までに届け出てください。
- 2 再開した日から10日以内に届け出てください。

受付番号	
------	--

指定相談支援事業者の業務管理体制の整備に関する事項の届出書

年 月 日

いわき市長 様

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

届出の内容																			
(1) 法第51条の31第2項関係（整備）																			
(2) 法第51条の31第4項関係（区分の変更）																			
事業者	フリガナ 名称又は氏名																		
	住所 (主たる事務所の所在地)	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)																	
	連絡先	電話番号							FAX番号										
		メールアドレス																	
	法人の種類別																		
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ						生年月日	年 月 日									
			氏名																
代表者の住所	(郵便番号 -) 都道 郡市 府県 区 (ビルの名称等)																		
事業所名称等及び所在地	事業所名称	指定年月日	事業所番号	所在地															
	計 箇所																		
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上の該当する条文（事業者の区分）																			
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規則第34条の62第1項第2号から第4号に基づく届出事項	第2号	法令遵守責任者の氏名（フリガナ）						生年月日											
	第3号	業務が法令に適合することを確保するための規程の概要																	
	第4号	業務執行の状況の監査の方法の概要																	
区分変更	区分変更前行政機関名称, 担当部（局）課																		
	事業者（法人）番号																		
	区分変更の理由																		
	区分変更後行政機関名称, 担当部（局）課																		
	区分変更日		年 月 日																

受付番号	
------	--

指定相談支援事業者の業務管理体制の整備に関する事項の変更届出書

年 月 日

いわき市長 様

事業者 名 称
代表者氏名

このことについて、次のとおり関係書類を添えて届け出ます。

事業者（法人）番号																				
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

変 更 が あ っ た 事 項

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1 法人の種別及び名称（フリガナ） 2 主たる事務所の所在地、電話番号、FAX 番号及びメールアドレス 3 代表者氏名（フリガナ）及び生年月日 4 代表者の住所及び職名 5 事業所名称等及び所在地 6 法令遵守責任者の氏名（フリガナ）及び生年月日 7 業務が法令に適合することを確保するための規程の概要 8 業務執行の状況の監査の方法の概要 |
|---|

変 更 の 内 容

(変更前)

(変更後)

第26号様式（第28条関係）

自立支援医療費支給認定申請書

年 月 日

いわき市長 様

- 注意 1 太枠の中だけ記入してください。
 2 □のある欄は、該当する箇所にレ印を付けてください。

医療区分	<input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 育成医療		申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 再認定 <input type="checkbox"/> 変更	
受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日
	氏名				年 月 日
住所	フリガナ		個人番号		
	住所		電話番号		
未済の場合 受診者が18歳未満	フリガナ		受診者との関係		
	保護者氏名		個人番号		
保護者住所	フリガナ		電話番号		
	保護者住所				
負担額	受診者の被保険者証の記号及び番号		保険者名		
	保険の区分		<input type="checkbox"/> 健保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 国保 (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 退職本人 <input type="checkbox"/> 退職家族) <input type="checkbox"/> 船保 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 各種共済 (<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生保 (<input type="checkbox"/> 受給中 <input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 保険未加入 <input type="checkbox"/> その他 ()		
に関する事項	受診者と同一保険の加入者氏名		受診者の属する被保険者証の記号番号		
	該当する所得区分	市町村民税非課税世帯		市町村民税課税世帯	
		生活保護世帯	受診者の年間所得額	円	属する世帯のうち、加入している医療保険の保険料の算定対象となっている者の市町村民税所得割額
	□ 生保	(80万円以下)	(80万円超)	(3万3千円未満)	(23万5千円未満)	(23万5千円以上)
□ 低所得1		□ 低所得2	□ 中間所得1	□ 中間所得2	□ 一定以上
重度かつ継続 (所得区分が中間所得1、中間所得2又は一定以上の場合)			□ 該当 □ 非該当		
身体障害者手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号			
受診を希望する指定自立支援医療機関 (薬局及び訪問看護事業者を含む)	医療機関名		所在地		電話番号
現在の受給者番号		現在の受給者証の有効期限		年 月 日	
支給認定基準世帯員	氏名		個人番号		
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

申請受付年月日	年 月 日	通達年月日	年 月 日
認定年月日	年 月 日	世帯確認書類	<input type="checkbox"/> 被保険者証等 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 不要
前回所得区分	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 中間所得1 <input type="checkbox"/> 中間所得2 <input type="checkbox"/> 一定以上		
今回所得区分	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 中間所得1 <input type="checkbox"/> 中間所得2 <input type="checkbox"/> 一定以上		
所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 標準負担額減額認定証 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書 <input type="checkbox"/> その他収入等を証明する書類 ()		所得確認同意書 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
前回の受給者番号	今回の受給者番号		
備考			

第27号様式（第28条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書

年 月 日

いわき市長 様

所在地
 指定自立支援医療機関等 名称
 医師氏名

㊞

注意 □のある欄は、該当する箇所に☑印を付けてください。

フリガナ				
受診者氏名	年齢	歳	生年月日	年月日
受診者住所				
病名	発症年月日		年月日	
障害の種類	<input type="checkbox"/> 肢体不自由 <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚・平衡機能障害 <input type="checkbox"/> 音声・言語・そしゃく機能障害 <input type="checkbox"/> 心臓機能障害 <input type="checkbox"/> 腎臓機能障害 <input type="checkbox"/> 小腸機能障害 <input type="checkbox"/> 肝臓機能障害 <input type="checkbox"/> その他内臓障害 <input type="checkbox"/> 免疫機能障害			
医療の具体的方針				
	医療補装具 (肢体不自由の場合のみ)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	補装具名	
治療	治療開始 予定年月日	年月日		
	手術予定	<input type="checkbox"/> 有 (年月日) <input type="checkbox"/> 無		
	治療見込期間	入院治療期間 通院治療回数及び期間 訪問看護予定回数及び期間	日間 回 回	通算 日間
	医療費概算額	入院治療費 通院治療費 訪問看護等	円 円 円	計 円
移送費見込額				円
医療費及び 移送費合計額				円
治療後における 障害の回復状況 の見込				

第28号様式（第28条関係）

自立支援医療受給者証（ <input type="checkbox"/> 更生医療 <input type="checkbox"/> 育成医療 ）				
公費負担者番号				
自立支援医療費受給者番号				
受診者	フリガナ氏名		生年月日	年 月 日
	フリガナ居住地			
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
	重度かつ継続			
未受診者が18歳未満の場合	フリガナ保護者氏名		続柄	
	フリガナ住所			
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	
	訪問看護事業者		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	
公費負担の対象となる障がい				
医療の具体的方針				
特定疾病療養受療証				
上記のとおり認定する。 年 月 日				
				いわき市 印

自立支援医療申請却下通知書

第 号
年 月 日

様

いわき市長

印

- 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53条第1項 の規
 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56条第1項
定による自立支援医療の申請は次の理由により却下されましたので通知します。

理由

- 1 所得基準を上回る所得であるため
- 2 自立支援医療の対象となる疾病又は障害ではないため
- 3 その他（ ）

備考

- 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箇月以内に、市長に対して書面をもって審査請求をすることができます。
- 2 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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）、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箇月以内であっても、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、前項の規定による審査請求をした場合には、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箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

第31号様式（第31条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届

年 月 日

いわき市長 様

注意 □のある欄は、該当する箇所に△印を付けてください。

医 療 区 分		□ 更生医療		□ 育成医療	
受 診 者	フリガナ 氏 名	.....		生 年 月 日	年 月 日
	フリガナ 住 所	.....		個人番号	
	フリガナ 住 所	.....		電話番号	
未 満 の 場 合 18 歳	フリガナ 氏 名	.....		続 柄	
	フリガナ 住 所	.....		個人番号	
	フリガナ 住 所	.....		電話番号	
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		氏 名	
		住 所		住 所	
		電話番号		電話番号	
	保護者に関する事項	氏 名		氏 名	
		住 所		住 所	
		電話番号		電話番号	
	被保険者証に関する事項	記号及び番号		記号及び番号	
		保険者名		保険者名	
		受診者と同一の加入者		受診者と同一の加入者	
身体障害者手帳番号					
精神障害者保健福祉手帳番号					
備 考					
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名</p>					

自立支援医療受給者証再交付申請書

年 月 日

いわき市長 様

住所
申請者
氏名

注意 □のある欄は、該当する箇所に✓印を付けてください。

医 療 区 分		<input type="checkbox"/> 更生医療	<input type="checkbox"/> 育成医療										
受 診 者	フリガナ	生 年 月 日	年 月 日										
	氏 名												
	フリガナ	個人番号											
	住 所	電話番号											
未受 診者 が 場 合 18 歳 合 歳	フリガナ	続 柄											
	氏 名												
	フリガナ	個人番号											
	住 所	電話番号											
自立支援医療費受給者番号		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											
申 請 の 理 由													

自立支援医療支給認定取消通知書

第 号
年 月 日

様

いわき市長 印

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57条第1項の規定により、次のとおり支給認定に係る決定を取り消しましたので通知します。

自立支援医療 受給者証番号		支給認定取消日	年 月 日
受診者氏名		保護者氏名	
取消決定理由			

注意 自立支援医療受給者証を下記へ返還してください。

- 返還先 いわき市 地区保健福祉センター
住所
電話番号
- 返還期限 年 月 日

備考

- 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箇月以内に、市長に対して書面をもって審査請求をすることができます。
- 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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）、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箇月以内であっても、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、前項の規定による審査請求をした場合には、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箇月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

自立支援医療治療経過及び治療予定報告書

年 月 日

いわき市長 様

名称
 指定医療機関 開設者又は管理者の氏名
 担当者の氏名

年 月分

受給者氏名	
自立支援医療受給者証番号	
治療経過の概要及び請求額	(請求額 円)
今月の治療の予定の概要	
特記事項	

備考 医療の具体的方針及び期間の延長を求める場合は、特記事項の欄にその旨を記入してください。

第35号様式（第36条関係）

医療機関指定申請書（病院及び診療所用）

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

申請者 氏名（名称及び代表者氏名）

電話番号

医療機関	名 称						
	所 在 地	電話番号					
開 設 者	氏名、生年月日 及び職名又は名称	氏名		生年月日	年 月 日	職名	
		名称					
	住 所	電話番号					
標ぼうしている診療科名							
担当しようとする医療の種類							
主として担当する医師 又は歯科医師の氏名、 生年月日及び住所	氏名		生年月日	年 月 日			
	住所						
主として担当する医師 又は歯科医師の経歴							
自立支援医療を行うために 必要な設備及び体制の概要							
自立支援医療を行うための 収 容 設 備 の 定 員							

備考 各項目の欄に記入できない場合は、別紙として作成し、この様式に添付してください。

医療機関指定申請書（薬局用）

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

申請者 氏名（名称及び代表者氏名）

電話番号

薬 局	名 称						
	所 在 地	電話番号					
開 設 者	氏名、生年月日 及び職名又は名称	氏名		生年月日	年 月 日	職名	
		名称					
	住 所	電話番号					
薬 剤 師 の 氏 名							
薬 剤 師 の 略 歴							
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要							

備考 各項目の欄に記入できない場合は、別紙として作成し、この様式に添付してください。

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

申請者 氏名（名称及び代表者氏名）

電話番号

注意 □のある欄は、該当する箇所に△を付けてください。

指定訪問看護事業者等	区 分	<input type="checkbox"/> 健康保険法				<input type="checkbox"/> 老人保健法	
	名 称						
	主たる事務所の所在地	電話番号					
	代 表 者	氏名		生年月日	年 月 日		
住所					職名		
訪問看護ステーション等	区 分	<input type="checkbox"/> 健康保険法				<input type="checkbox"/> 老人保健法	
	名 称						
	所 在 地	電話番号					
		職 種			定 数		
	訪問看護（老人訪問看護）に従事する職員の定数						

備考 「訪問看護（老人訪問看護）に従事する職員の定数」の欄は、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記入してください。

指定医療機関担当医療種類変更承認申請書

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）
 申請者 氏名（名称及び代表者氏名）
 電話番号

医療機関	名称	
	所在地	電話番号
開設者	氏名又は名称	
	住所	電話番号
標ぼうしている診療科名		
担当しようとする医療の種類	変更前	
	変更後	
新たに担当しようとする医療の種類について主として担当する医師又は歯科医師の氏名		
新たに担当しようとする医療の種類について主として担当する医師又は歯科医師の経歴		
新たに担当しようとする医療の種類について自立支援医療を行うために必要な設備及び体制の概要		
自立支援医療を行うための収容設備の定員		

備考 各項目の欄に記入できない場合は、別紙として作成し、この様式に添付してください。

第39号様式 (第38条関係)

自立支援医療給付申請及び決定簿

申請書 受付 年月日	受付 番号	氏名 住所	手帳 番号	障害 区分	判定依頼 年月日	給付決定 又は却下 年月日	決 定 の 内 容						保 険 内 容		
							受給者 番号	診 日 療 養 期 限	保 費 名	医 療 費 概 算 額	自 己 負 担 額 階 層 区 分	指 定 医 療 機 関 名	種 別	記 号 番 号	
								入 院			円	第 1 月 日		被 保 者 被 保 者 国 老 生	人 族 保 人 保
								通 院				第 月 日			
								訪問看護				最 終 月 日			
								入 院				第 1 月		被 保 者 被 保 者 国 老 生	人 族 保 人 保
								通 院				第 月			
								訪問看護				最 終 月			
								入 院				第 1 月		被 保 者 被 保 者 国 老 生	人 族 保 人 保
								通 院				第 月			
								訪問看護				最 終 月			
								入 院				第 1 月		被 保 者 被 保 者 国 老 生	人 族 保 人 保
								通 院				第 月			
								訪問看護				最 終 月			

第40号様式（第38条関係）
 その1（病院及び診療所用）

指 定 医 療 機 関 台 帳

- 1 医療機関名
- 2 所在地
- 3 担当する医療の種類及び主として担当する医師の氏名

医 療 の 種 類	指定年月日及び告示番号	医師氏名	変更年月	医師氏名	変更年月
眼 科	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
耳鼻いんこう科	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
口 く う	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
整 形 外 科	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
形 成 外 科	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
中 枢 神 経	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
脳 神 経 外 科	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
心臓脈管外科	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
心 臓 移 植	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
じ ん 臓	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
じ ん 移 植	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
小 腸	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
肝 臓 移 植	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
歯 科 矯 正	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				
免 疫	年 月 日 指定				
	いわき市告示 第 号				

その2 (指定訪問看護事業者等用)

指 定 医 療 機 関 台 帳

番号	区 分	指定訪問看護事業者等名	所 在 地	指定年月日及び告示番号
		訪問看護ステーション等名		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者			年 月 日指定
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者			いわき市告示 第 号
	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者			年 月 日指定
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者			いわき市告示 第 号
	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者			年 月 日指定
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者			いわき市告示 第 号
	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者			年 月 日指定
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者			いわき市告示 第 号
	<input type="checkbox"/> 訪問看護事業者			年 月 日指定
	<input type="checkbox"/> 居宅サービス事業者			いわき市告示 第 号

第41号様式（第40条関係）

購 入
補装具費 借受け 支給申請書
修 理

年 月 日

いわき市長 様

住 所
申請者 氏 名
個人番号
電話番号

対 象 者	住 所					
	フリガナ					
	氏 名			申請者との続柄		
	個人番号					
生年月日	年 月 日	電 話 番 号				
身 体 障 害 者 手 帳 障 害 名	手帳番号	第 号	交付年月日	年 月 日		
	障害種別			障害等級		
難 病 名						
購入・借受け・修理 を受ける補装具名						
判 定 予 定 日						
希 望 す る 補 装 具 業 者	名 称					
	所 在 地					
	電 話 番 号					
該当する所得区分	生活保護（低所得1・低所得2） 一般 一定所得以上					
生活保護への移行 予防措置に関する 認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					
<p>補装具費の支給決定のために必要があるときは、私（本人）及び私の属する世帯の世帯員の住民票並びに資産及び収入の状況につき、調査、照会又は閲覧することに同意します。</p> <p>本 人.....</p> <p>世帯員..... 個人番号.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>						

注意 18歳以上の障害者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

補装具費支給決定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

対象者	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年 月 日	電 話 番 号	
支 給 番 号		支 給 決 定 日	年 月 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			
負 担 上 限 月 額				
	円	円	円	

備考

- 1 この処分について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

補装具費不支給決定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

年 月 日に申請された補装具費の支給については、次の理由により不支給と決定しましたので通知します。

申 請 事 項	
不支給の理由	

備考

- 1 この処分について不服があるときは、この通知を受け取った日の翌日から起算して3箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として（訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。）処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

補 装 具 費 支 給 券

支 給 番 号		支 給 日		年 月 日	
氏 名		生年月日		年 月 日	
住 所					
保 護 者 氏 名				続 柄	
補 装 具 の 名 称			修 理 部 位		
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	
円		円			
負 担 上 限 月 額					
円				円	
上記のとおり決定する。 年 月 日 <div style="text-align: right;"> いわき市長 印 </div>					
判 定 検 査	判 定 年 月 日	年 月 日	判 定 員 職 氏 名		
受 領	受 領 年 月 日	年 月 日	受 領 者 氏 名	本 人 と の 関 係	

第45号様式の2 (第40条の2関係)

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

年 月 日

いわき市長 様

フリガナ											①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 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・被保険者証番号										
生年月日	年 月 日																					
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										
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額											円	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											円											
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											円	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"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
同一世帯に属する他の支給決定障害者等	氏名		生年月日		①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 ②児童福祉法 ③介護保険法																	
			個人番号		制度		受給者証番号・被保険者証番号															
			年 月 日																			
			年 月 日																			
			年 月 日																			

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。

(注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。

(注4) 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。

高額障害福祉サービス費を次の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 支所 出張所		種目	1 普通	2 当座	3 その他					
	金融機関コード		店舗コード		口座番号								
					1 普通預金								
					2 当座預金								
					3 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(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		

第45号様式の3 (第40条の2関係)

高額障害福祉サービス等給付費支給(不支給)決定通知書

年 月 日

様

いわき市長

印

支給決定障害者 (保護者)氏名	受給者番号								
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	年	月	分		
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない			支 給 金 額	円				
不支給の理由									
支 払 方 法									
<input type="checkbox"/> 窓 口 払					<input type="checkbox"/> 口 座 払				
お持ちいた だ く も の	<ul style="list-style-type: none"> ・この通知書 ・受給者証 ・申請書に使用した印鑑 			振込先	金 融 機 関				
					口 座 種 目				
支 払 場 所					口 座 番 号				
支 払 期 間	年月日から 年月日まで 月曜から金曜まで 午前 時から午後 時まで				口 座 名 義 人				

備考

- 1 この処分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箇月以内に福島県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 前項の規定による審査請求に対する裁決を経た場合に限り、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箇月以内に、いわき市を被告として(訴訟においていわき市を代表する者は、いわき市長となります。)処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、次の各号のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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) 前2号に掲げるもののほか、裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

障害福祉サービス事業等開始届

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）
届出者 氏名（名称及び代表者氏名）
電話番号

開始しようとする事業	種 類	
	提供する便宜等の内容	
経 営 者 (法人)	氏名（名称）	
	住 所 (事務所の所在地)	
基 本 約 款		
職 員 の 職 種	職員の定数	職 務 の 内 容
	人	
	人	
	人	
	人	
	人	
合 計	人	
主 な 職 員 の 氏 名		
主 な 職 員 の 経 歴		
事 業 を 行 お う と す る 区 域		
障害福祉サービス事業、地域活動支援センター、福祉ホームの用に供する施設又は住居	名 称	
	種 類	
	所 在 地	
	利用定員	
事 業 開 始 の 予 定 年 月 日		年 月 日

備考 各項目の欄に記入できない場合は、別紙として作成し、この様式に添付してください。

障害福祉サービス事業等変更届

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）
届出者 氏名（名称及び代表者氏名）
電話番号

事業の種類		
変更事項		
変更の内容	変 更 前	変 更 後
変更の理由		
変更年月日	年 月 日	

障害福祉サービス事業等^{廃止}届_{休止}

年 月 日

いわき市長 様

住所（所在地）

届出者 氏名（名称及び代表者氏名）

電話番号

廃止又は休止予定年月日	年 月 日
廃止又は休止の理由	
現に便宜を受け、又は 入所している者 に対する措置	
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで