

8 東彼杵町規則第 18 号

東彼杵町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 8 年 6 月 23 日

東彼杵町長 岡田 伊一郎

次の表に掲げる規定の改正部分は、下線の部分である。

2/5

生活保護 受給者 の 氏 名	主治医の氏名		医療機関名	
	〒			
所 在 地	電話番号			
	(※)主治医の職は、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院、移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及び日中サービス支援型指定民間生活援助事業所の利用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障害が認められているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。			
申 請 す る 災 害 の 種 別	☐ Ⅰ 負担上乗月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。)			
	1. 生活保護受給世帯			
	2. 市町村民税非課税世帯（※）に関する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方に○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が32万6,500円以下のもの ② ①以外のもの			
	3. 市町村民税課税世帯（障害者 所得額 16万円未満、障害児 所得額 28万円未満）に関する者			
	☐ Ⅱ 療養型療養費減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、療養型療養費減免を申請します。			
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 歳）		〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 歳）	
	2. 市町村民税非課税世帯の者		2. 市町村民税課税世帯の者	
	☐ 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（入所施設の実費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）			
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）		〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）	
	2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		2. 市町村民税課税世帯又は生活保護受給世帯の者	
☐ 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（実費軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。				
☐ Ⅴ 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する後援型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。				
申請書類提出 ☐ 申請者本人 ☐ 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		

様式第23号（第20条関係）

様式第23号（第20条関係）			
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		第 号	
様			
東根梓町長			
年 月 日に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第47条第一項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。			
支給決定障害者 (保護者) 氏名 支給決定に係る 児童氏名		記 支給者 記番号	
受付年月日		年 月 日	決定年月日
本人支払額		円	申請に係る サービス利用月
支 給		☐ する ☐ しない	支 給 金 額
不支給の理由		円	
届込先		金 種 類 ☐ 療 養 費 ☐ 療 養 費 ☐ 療 養 費	
不届申立て及び取消訴訟 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箇月以内に、高根町事務所に於て審査請求をすることがあります。 2. 処分取消しの請求については、上記1の審査請求に対する裁決を請求後でなければ提起することができません。この処分取消しの請求は、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、東根梓町を相手として（訴訟）において審査請求を提起する場合は裁判費用がかかります。提起することがあります。 なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を相手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から3箇月を経過して、この処分が取り消し又は変更された場合があるとき。 (2) 処分、処分取消しの請求の趣意により、この処分が取り消し又は変更された場合があるとき。 (3) この処分取消しの請求は、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分取消しの請求を提起することができません。また、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、処分取消しの請求を提起することができません。なお、審査請求があったとき、上記の期間のうち1年（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が取消しの請求を提起することが認められる場合があります。 問い合わせ先 東根梓町 住所 東根梓町東根梓町南本1850番地6 電話番号 0957-46-1155（直通）			

生活保護 受給者 の 氏 名	主治医の氏名		医療機関名	
	〒			
所 在 地	電話番号			
	(※)主治医の職は、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院、移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及び日中サービス支援型指定民間生活援助事業所の利用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障害が認められているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。			
申 請 す る 災 害 の 種 別	☐ Ⅰ 負担上乗月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにもあてはまらない場合は空欄とすること。)			
	1. 生活保護受給世帯			
	2. 市町村民税非課税世帯（※）に関する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方に○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が30万円以下のもの ② ①以外のもの			
	3. 市町村民税課税世帯（障害者 所得額 16万円未満、障害児 所得額 28万円未満）に関する者			
	☐ Ⅱ 療養型療養費減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、療養型療養費減免を申請します。			
	〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 歳）		〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること（年令 歳）	
	2. 市町村民税非課税世帯の者		2. 市町村民税課税世帯の者	
	☐ 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（入所施設の実費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）			
	〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）		〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること（年齢 歳）	
	2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者		2. 市町村民税課税世帯又は生活保護受給世帯の者	
☐ 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（実費軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。				
☐ Ⅴ 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する後援型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。				
申請書類提出 ☐ 申請者本人 ☐ 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		

様式第23号（第20条関係）

様式第23号（第20条関係）			
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		第 号	
様			
東根梓町長			
年 月 日に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76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。			
支給決定障害者 (保護者) 氏名 支給決定に係る 児童氏名		記 支給者 記番号	
受付年月日		年 月 日	決定年月日
本人支払額		円	申請に係る サービス利用月
支 給		☐ する ☐ しない	支 給 金 額
不支給の理由		円	
届込先		金 種 類 ☐ 療 養 費 ☐ 療 養 費 ☐ 療 養 費	
不届申立て及び取消訴訟 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箇月以内に、高根町事務所に於て審査請求をすることがあります。 2. 処分取消しの請求については、上記1の審査請求に対する裁決を請求後でなければ提起することができません。この処分取消しの請求は、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して3箇月以内に、東根梓町を相手として（訴訟）において審査請求を提起する場合は裁判費用がかかります。提起することがあります。 なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を相手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から3箇月を経過して、この処分が取り消し又は変更された場合があるとき。 (2) 処分、処分取消しの請求の趣意により、この処分が取り消し又は変更された場合があるとき。 (3) この処分取消しの請求は、この裁決があったことを知った日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分取消しの請求を提起することができません。また、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、処分取消しの請求を提起することができません。なお、審査請求があったとき、上記の期間のうち1年（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が取消しの請求を提起することが認められる場合があります。 問い合わせ先 東根梓町 住所 東根梓町東根梓町南本1850番地6 電話番号 0957-46-1155（直通）			

附 則

この規則は、令和 8 年 7 月 1 日から施行する。