

## 8 東彼杵町規則第 1 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 1 月 2 7 日

東彼杵町長 岡田 伊一郎

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

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（平成２４年規則第２２号）の一部を次のように改正する。

次の表に掲げる規定の改正部分は、下線の部分である。

改正後

改正前

## 様式第1号 (第3条関係)

[illegible]

## 様式第7号（第7条関係）

## 様式第1号 (第3条関係)

[illegible]

## 様式第7号 (第7条関係)

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	主治医の氏名	①	医療機関名	②
	〒			
所在地	③			
	電話番号			
申請する 国・地の 種類	(A) 主治医の職名は、介護福祉士、診療師等又は（共同主治医に相当する）であって、併せて又は並発等の介護の提供を受けることにも相当する場合及び日中サービス型施設と定住型介護事業所の利用を希望する施設に限る。又は地域福祉実習室（精神保健福祉院精神科病院以外の病院で精神療養施設とされているものを含む。）に入居している者に限る。）を申請する施設と記入すること。④			
	□ I 支店・上原病舎に関する認定 下記の区分の適用を申請する。⑤ （あてはまるもの○を記入する。いずれかにもあてはまらない場合は空欄とすること。）⑥ 1. 生活介護施設であること 2. 市町村民保健医療事業（※）に属すること ※ 療養介護を利用する場合は、次の②のあてはまるものに○をつける。 ○ 利用料本人の介護付加額及び障害者年金等（※）の合計が90万円以内のもの ○ の以外のもの ※ 市町村民保健医療事業（療養者：所収額 18 万円未満、障害児：所収額 20 万円未満）に属すること。			
	□ II 医療機関役割別へに関する認定 下記のいずれかにあてはまるもの、医療機関役割別を申請する。⑦ （②の○以上の方）⑧			
	1. 療養介護利用者であること（年額 ⑨） 2. 市町村民保健医療事業の者⑩		（②の○未満の方）⑪ 1. 療養介護利用者であること（年額 ⑫）	
	□ III 施設入所者（B）に対する特定障害者特別給付金（福祉給付）に関する認定（入所給付の医療費等） 下記のいずれかにあてはまるもの、特定障害者特別給付金を申請し、申請する。⑬ （注）対象施設は、介護給付の対象となる入所施設（療養介護施設）に限る。			
	（②の○以上の方）⑭ 1. 施設入所者であること（年額 ⑮） 2. 市町村民保健医療事業又は生活介護施設利用者であること⑯		（②の○未満の方）⑰ 1. 施設入所者であること（年額 ⑱）	
	□ IV グループホーム・居宅に対する特定障害者特別給付金（福祉給付）に関する認定（介護福祉給付） 生活介護利用者又は生活介護受保者以外となるに要するもの、特定障害者特別給付金を申請し、申請する。⑲			
	□ V 生活介護への移行申請制度（自己負担免除制度、福祉給付の特例制度）に関する認定 生活介護への移行申請制度（自己負担免除制度、福祉給付の特例制度）を申請し、申請する。⑳			
	※ 施設給付が執行する見解異議処理が明らかとなります。㉑			
	いずれも、事業開始に必要とする事項を併せて記入すること。㉒			
①	申請書提出者	□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	②	
住所				
	電話番号			

主 体 名	主治医の氏名 <small>a1</small>	医療機関名 <small>a2</small>
	所在地 <small>a3</small>	電話番号 <small>a4</small>

(C) 主治医は、介護付施設、訪問療育施設（扶養介護施設）に在籍するものであって、併せて又は余命等の介護の提供を受けることも有する場合は、①日中サービス実況報告書に其間生活実態等利用者の利用を必要とする場合に関する「又当該地域で支援（療育相談）精神科病院以外の病院で精神疾患が認められているもの」を記入し、「入院している者に限る。」を申請する欄へ記入すること。

□ I 東上郡月形町に関する認定  
下記の区分の適用を申請します。  
(又はそのものを〇をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすると。）  
1. 生活実態調査書 a5  
2. 市町村民保護費世帯書 (※) に係る認定  
※ 療育介護を利用する場合は、次のうちのとてまたふたつを〇をつける。  
○ 利用本人の合計所得金額及び障害者年金等の収入合計額が8万円の上限であること  
○ 以上のものの  
3. 市町村民保護費世帯書 (障害者・所得額 16万円未満、障害児・所得額 28万円未満) に属する場合

申請する区別の種類

□ II 療育型認知症ケアに関する認定  
下記のいずれにもあてはまるため、医療型認知症ケアを申請します。a6  
(20歳以上の方)  
1. 療育型利用用者であること (※年令 満) a7  
2. 市町村民保護費世帯書の  
□ III 施設入所者に対する特定障害者特別給付金（福祉給付）に関する認定（入所施設の余命等・経済調査）  
下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付金を申請します。  
(1) 対象施設は、介護付療育施設または入所施設 (障害者支援施設)  
(20歳以上の方)  
1. 施設入所者であること (※年令 満) a8  
2. 市町村民保護費世帯書または生活保護受給者の世帯  
□ IV グループホーム・居宅に対する特定障害者特別給付金（福祉給付）に関する認定（家賃超過減額）  
市町村民保護費世帯書又は生活保護受給者にはあてはまらず、特定障害者特別給付金を申請します。a9  
(20歳以上の方)  
1. 施設入所者であること (※年令 満) a10  
2. 市町村民保護費世帯書または生活保護受給者の世帯  
□ V 生活保護への移行手続の援助（自己負担減免制度、補償引当金の特例措置）に関する認定—生活保護への移行手続の援助（自己負担減免制度、補償引当金の特例措置）を申請します。  
いれども、東京地区を証明できる書類を添付して申請すること。

申請書提出先	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄へ記入)	申請者ととの関係
氏 名	〒	
住 所		電話番号