

東金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8年6月23日

東金市長 山下 美紀

東金市規則第38号

東金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

(別紙のとおり)

東金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

東金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年東金市規則第46号）の一部を次のように改正する。

第27条第1項及び第2項中「第43条の5第1項」を「第47条第1項」に改め、同条第3項及び第4項中「第43条の5第6項」を「第47条第6項」に改める。

別記第1号様式を次のように改める。

別 記

第1号様式（第2条第1項、第10条第1項、第11条第1項及び第14条第1項）

（表）

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

（宛先）東金市長

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏 名	個人番号：	生年月日	年 月 日
	居住地	〒	電話番号	
支給申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ	個人番号：	生年月日	年 月 日
			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。）				有 ・ 無

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 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	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	訪問系・ その他	<input type="checkbox"/> 居 宅 介 護	<input type="checkbox"/> 就 労 定 着 支 援	※共同生活援助の申請の場合 (いずれかに✓をしてください。) 1 希望する事業所の種類 <input type="checkbox"/> 指定共同生活援助事業所 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型指定共同生活 援助事業所 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型指定共同生活 援助事業所 2 入浴、排せつ又は食事の介護の提供の希望を <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
		<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"/> 就 労 選 択 支 援	
		<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	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		
居住系	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	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東金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。

申請書氏名

(裏)

主治医 (注)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(注) 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及び日中サービス支援型指定共同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 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（注）に属する者 注 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が82万6,500円以下のもの ② ①以外のもの 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"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。						
	<table border="1"><tr><td>〈20歳以上の方〉</td><td>〈20歳未満の方〉</td></tr><tr><td>1 療養介護利用者であること（年齢 歳）</td><td>1 療養介護利用者であること（年齢 歳）</td></tr><tr><td>2 市町村民税非課税世帯の者</td><td></td></tr></table>	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉	1 療養介護利用者であること（年齢 歳）	1 療養介護利用者であること（年齢 歳）	2 市町村民税非課税世帯の者	
	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉					
	1 療養介護利用者であること（年齢 歳）	1 療養介護利用者であること（年齢 歳）					
	2 市町村民税非課税世帯の者						
	<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） 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）						
	<table border="1"><tr><td>〈20歳以上の方〉</td><td>〈20歳未満の方〉</td></tr><tr><td>1 施設入所者であること（年齢 歳）</td><td>1 施設入所者であること（年齢 歳）</td></tr><tr><td>2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td><td></td></tr></table>	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉	1 施設入所者であること（年齢 歳）	1 施設入所者であること（年齢 歳）	2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	
〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉						
1 施設入所者であること（年齢 歳）	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							
<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（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。 注 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。							

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<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		

別記第7号様式を次のように改める。

第7号様式（第4条第1項及び第15条第1項）

（表）

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
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

年 月 日

（宛先）東金市長

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	個人番号：			
	居住地	〒 電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日	
		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	
難病疾病名					

サービスの利用状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1 2 3 4 5 6 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	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	
変更を申請するサービス	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	※共同生活援助の申請の場合 （いずれかに✓をしてください。） 1 希望する事業所の種類 <input type="checkbox"/> 指定共同生活援助事業所 <input type="checkbox"/> 日中サービス支援型指定共同生活援助事業所 <input type="checkbox"/> 外部サービス利用型指定共同生活援助事業所 2 入浴、排せつ又は食事の介護の提供の希望を <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
		<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"/> 就労選択支援	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 短期入所		
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<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）	
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<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"/> 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			

(裏)

主治医 (注)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(注) 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及び日中サービス支援型指定共同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 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（注）に属する者 注 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が82万6,500円以下のもの ② ①以外のもの 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"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること（年齢 歳）
	<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） 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） 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること（年齢 歳）
	<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（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。 注 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

注 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		

別記第 28 号様式及び第 29 号様式中「第 43 条の 5 第 1 項」を「第 47 条第 1 項」に改める。

別記第 30 号様式及び第 31 号様式中「第 43 条の 5 第 6 項」を「第 47 条第 6 項」に改める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、令和 8 年 7 月 1 日から施行する。ただし、別記第 28 号様式から第 31 号様式までの改正規定は、公布の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この規則の施行の際現に提出されているこの規則による改正前の規則の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この規則による改正後の規則の様式によるものとみなす。
- 3 この規則の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。