

日野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 7 月 8 日

日野市長

古賀壮志

日野市規則第 74 号

日野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

日野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24年規則第53号）の一部を次のように改正する。

第8条第1項中「特定障害者特別給付費」の次に「 地域相談支援給付費」を加える。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第2条第1項、第16条第1項、第20条第1項関係)

(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

(あて先) 日野市長  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			個人番号										
	氏名			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										
	氏名			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			疾病名							
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)														

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			要介護度			
	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	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行支援	<input type="checkbox"/> 就労選択支援	
		<input type="checkbox"/> 行動支援		
		<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	
居住系	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"/> 地域移行支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(ファミリーホーム)	
地域相談支援	地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

本申請後、支給決定に必要な申請者及び申請者の属する世帯全員を対象に、市が保有する課税資料等や介護保険サービス利用状況等を市障害福祉課職員が、本申請に必要な事項に則り、照会や閲覧することに同意します。  
サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するため必要があるときは、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、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、指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者、又は障害児入所施設の関係人に提示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。いずれにも当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(※)に属する者 ※ 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以外の者 3. 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者: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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
<input type="checkbox"/> 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	

第6号様式を次のように改める。

第6号様式(第6条第1項、第20条第2項関係)

窓空宛名
------

第 号  
年 月 日

日野市長 印

(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(給付)決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

に申請のありました(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22条及び第29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34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51条の7及び第51条の14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(給付)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(給付) 決定年月日												障害支援区分の 有効期間														
支給 (給付) 決定 内容	サービスの種類		支援の内容及び支給(給付)量										有効期間															
	特記事項																											
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)		月額												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) を除く)の負担上 限月額		月額		円										食事療養(生活療養)の負担 上限月額		月額		円									
	上限額の適用 期間																											

不服申立て及び取消訴訟

- 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か月以内に東京都知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に日野市を被告として(訴訟において日野市を代表する者は日野市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日から3か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、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

第10号様式を次のように改める。

第10号様式(第7条、第16条第2項、第22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)  
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

(あて先) 日野市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号																
	氏名		生年月日																
	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																
			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(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)											

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		要介護度		
		利用中のサービスの種類と内容等			

変更の理由

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		
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助		
	<input type="checkbox"/> 同行支援	<input type="checkbox"/> 就労選択支援		
	<input type="checkbox"/> 行動支援			
	<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"/> 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			

本申請後、支給決定に必要となる申請者及び申請者の属する世帯全員を対象に、市が保有する課税資料等や介護保険サービス利用状況等を市障害福祉課職員が、本申請に必要な事項に則り、照会や閲覧することに同意します。

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、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、指定障害児相談支援事業者、障害児通所支援事業者、又は障害児入所施設の関係人に提示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。いずれにも当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（※）に属する者 ※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、障害児及び 20 歳未満の施設入所者：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" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">           （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         </td> <td style="width: 50%;">           （20歳未満の方）            1. 療養介護利用者であること（年齢 歳）         </td> </tr> </table>		（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）
	（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）			
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">           （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         </td> <td style="width: 50%;">           （20歳未満の方）            1. 施設入所者であること（年齢 歳）         </td> </tr> </table>		（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）
（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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。				
<input type="checkbox"/> 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			







## 付 則

この規則は、公布の日から施行する。