

日野市障害児通所支援及び障害児相談支援に係る児童福祉法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

日野市障害児通所支援及び障害児相談支援に係る児童福祉法施行細則
の一部を改正する規則

日野市障害児通所支援及び障害児相談支援に係る児童福祉法施行細則（平成25年規則第1号）の一部を次のように改正する。

第5条第2項中「医療型児童発達支援の申請があったときは、」を「児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、」に改める。

第7条第2項中「医療型児童発達支援の」を「児童発達支援のうち治療に係るものの」に改める。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式（日野市障害児通所支援及び障害児相談支援に係る児童福祉法施行細則第2条第1項、第16条第1項関係）
 第1号様式（日野市児童発達支援事業所等利用支援事業実施要綱第4条関係）

**介護給付費等支給申請、利用者負担額減額・免除等申請
 及び児童発達支援事業所等利用支援事業申請書**

(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 (保護者) | 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 | | | | | | | | | | | 申請者との関係 | | | | |
| 身体障害者 手帳番号 | | 愛の手帳 番号 | | 精神障害者保健 福祉手帳番号 | | 疾病名 | | | | | | | | | | |

| | | |
|-------------|----------------|-----------------|
| 現在の 利用状況 | 障害福祉 関係サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 |
|-------------|----------------|-----------------|

申請するサービス種別(該当欄にレを入れてください)

| 申 請 す る 支 援 種 別 | 障害福祉サービス | | 申請に係る具体的内容 | |
|--------------------------------------|--------------------------|---------------|------------|--|
| | <input type="checkbox"/> | 居宅介護 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 同行援護 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 重度障害者等包括支援 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 行動援護 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 短期入所(ショートステイ) | | |
| | <input type="checkbox"/> | 施設入所支援 | | |
| | 障 害 児 通 所 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 児童発達支援 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 放課後等デイサービス | | |
| <input type="checkbox"/> | 居宅訪問型児童発達支援 | | | |
| <input type="checkbox"/> | 保育所等訪問支援 | | | |

年 月 日から 年 月 日 を利用予定

| | | | | | | | | |
|-------------|-------|---|--|--|-------|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医氏名 | | | | 医療機関名 | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | 電話番号 | | | |

第6号様式を次のように改める。

第6号様式(第5条第1項関係)

| (一) | | (二) | | (三) | |
|----------------|--------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 通所受給者証 | | 障害児通所給付費の給付決定内容 | | 障害児通所給付費の給付決定内容 | |
| 受給者証番号 | | 支援の種類 | | 支援の種類 | |
| 通所給付決定保護者 | 居住地 | 支給量等 | | 支給量等 | |
| | フリガナ | 給付決定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 給付決定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| | 氏名 | 支援の種類 | | 支援の種類 | |
| | 生年月日 | 年 月 日 | 支給量等 | | 支給量等 |
| 児童 | フリガナ | 給付決定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 給付決定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで |
| | 氏名 | 特記事項欄 | | 特記事項欄 | |
| 生年月日 | 年 月 日 | 予備欄 | | 予備欄 | |
| 交付年月日 | 年 月 日 | | | | |
| 支給市町村名 及び 印 | 日野市長 印 | | | | |

| (四) | | (五) | | (六) | |
|-----------------|-------------|--------------------|-----------------|-------------------------|-------------------|
| 障害児相談支援給付費の支給内容 | | 利用者負担に関する事項 | | 障害児通所支援事業者記入欄 | |
| 支給期間 | 年 月から 年 月まで | 負担上限 月額 | 円 | 番号 | 事業者及びその 事業所の名称 |
| 指定相談支援事業所名 | | 適用期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | 1 |
| モニタリング期間 | | 食事提供加算対象者 | | 契約日 | 年 月 日 |
| 予備欄 | | 適用期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 当該契約支給量による 支援提供終了日 | 年 月 日 |
| | | 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 | | 支援提供終了月中の 終了日までの既提供量 | |
| | | 利用者負担上限額管理事業所名 | | 2 | 事業者及びその 事業所の名称 |
| | | 特記事項欄 | | | 支援の内容 契約支給量 |
| | | 予備欄 | | 契約日 | 年 月 日 |
| | | | | 3 | 事業者及びその 事業所の名称 |
| | | | | 支援の内容 契約支給量 | 年 月 日 |
| | | | | 契約日 | 年 月 日 |
| | | | | 当該契約支給量による 支援提供終了日 | 年 月 日 |
| | | | | 支援提供終了月中の 終了日までの既提供量 | |

受給者証番号

| (七) | | (八) | | (九) | |
|-------------------|---------------------|---|--|--|--|
| 4 | 事業者及びその事業所の名称 | 注意事項欄 | | 注意事項欄 | |
| | 支援の内容 | <p>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。</p> <p>2 指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証にマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。</p> <p>4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用（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、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一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、基準該当通所支援を受ける場合等は日野市の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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日野市に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、日野市にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p> | | <p>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、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、日野市に支給申請をしてください。</p> <p>8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて日野市にその旨を届け出てください。</p> <p>9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した日野市にご連絡、ご相談ください。</p> <p>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、この証を交付した日野市に届け出てください。</p> <p>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。</p> <p>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、速やかに日野市に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を日野市に返してください。</p> <p>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。</p> <p>13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。</p> | |
| | 契約支給量 | | | | |
| | 契約日 | | | | |
| 当該契約支給量による支援提供終了日 | | | | | |
| 5 | 事業者及びその事業所の名称 | <p>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。</p> <p>2 指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証にマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。</p> <p>4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用（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、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一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、基準該当通所支援を受ける場合等は日野市の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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日野市に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、日野市にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p> | | <p>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、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、日野市に支給申請をしてください。</p> <p>8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて日野市にその旨を届け出てください。</p> <p>9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した日野市にご連絡、ご相談ください。</p> <p>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、この証を交付した日野市に届け出てください。</p> <p>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。</p> <p>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、速やかに日野市に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を日野市に返してください。</p> <p>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。</p> <p>13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。</p> | |
| | 支援の内容 | | | | |
| | 契約支給量 | | | | |
| | 契約日 | | | | |
| 6 | 事業者及びその事業所の名称 | <p>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。</p> <p>2 指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証にマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。</p> <p>4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用（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、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一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、基準該当通所支援を受ける場合等は日野市の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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日野市に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、日野市にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p> | | <p>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、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、日野市に支給申請をしてください。</p> <p>8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて日野市にその旨を届け出てください。</p> <p>9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した日野市にご連絡、ご相談ください。</p> <p>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、この証を交付した日野市に届け出てください。</p> <p>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。</p> <p>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、速やかに日野市に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を日野市に返してください。</p> <p>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。</p> <p>13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。</p> | |
| | 支援の内容 | | | | |
| | 契約支給量 | | | | |
| | 契約日 | | | | |
| | 当該契約支給量による支援提供終了日 | <p>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。</p> <p>2 指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証にマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。</p> <p>4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用（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、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一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、基準該当通所支援を受ける場合等は日野市の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護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日野市に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、日野市にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p> | | <p>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、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、日野市に支給申請をしてください。</p> <p>8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて日野市にその旨を届け出てください。</p> <p>9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した日野市にご連絡、ご相談ください。</p> <p>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、この証を交付した日野市に届け出てください。</p> <p>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。</p> <p>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、速やかに日野市に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を日野市に返してください。</p> <p>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。</p> <p>13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。</p> | |
| | 支援提供終了月中の終了日までの既提供量 | | | | |
| | 支援提供終了月中の終了日までの既提供量 | | | | |
| | 支援提供終了日 | | | | |

第9号様式を次のように改める。

第9号様式（日野市障害児通所支援及び障害児相談支援に係る児童福祉法施行細則第6条関係）

第4号様式（日野市児童発達支援事業所等利用支援事業実施要綱第8条関係）

介護給付費等支給決定変更申請、利用者負担額減額・免除等変更申請
及び児童発達支援事業所等利用支援事業変更申請書

(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 (保護者) | フリガナ | | | 生年月日 | 年 月 日 | |
| | 氏 名 | | | | 年 月 日 | |
| | 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 | | | | | 申請者の関係 | |
| 身体障害者 手帳番号 | | 愛の手帳 番号 | | 精神障害者保健 福祉手帳番号 | | 疾病名 |

| | | |
|-------------|-------------------|-----------------|
| 現在の 利用状況 | 障 害 福 祉 関係サービス | 利用中のサービスの種類と内容等 |
| 変更する内容 | | |
| 変更日 | | |

申請するサービス種別(該当欄にレを入れてください)

| | | | |
|--|--|---|---------------------|
| 申 請 す る サ ー ビ ス 種 別 | 障 害 福 祉 サ ー ビ ス | | 申 請 に 係 る 具 体 的 内 容 |
| | <input type="checkbox"/> 居宅介護 | | |
| | <input type="checkbox"/> 同行援護 | | |
| | <input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援 | | |
| | <input type="checkbox"/> 行動援護 | | |
| | <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ) | | |
| | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | | |
| | 障 害 児 通 所 | | |
| | <input type="checkbox"/> 児童発達支援 | | |
| | <input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス | | |
| <input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援 | | | |
| <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 | | | |
| 主 治 医 | 主治医氏名 | | 医療機関名 |
| | 所在地 | 〒 | 電話番号 |

| | |
|--|---|
| <p>全 員 記 入 し て く だ さ い</p> | <p><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。(所得区分にあてはまるものに○をつける。)</p> <p>1. 生活保護受給世帯 2. 市民税非課税世帯(※)に属する者(低所得) 3. 市民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者 ※原則、「保護者」の属する住民基本台帳での世帯合算所得で判断します。</p> |
| <p>施設入所者のみ →該当しない方 は次へ</p> | <p><input type="checkbox"/> II 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)介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)入所のため、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)</p> |
| <p>負担額見直しに より、生活保護 の受給対象者に ならない場合の み</p> | <p><input type="checkbox"/> III 生活保護への移行防止措置に関する認定 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(施設入所者のみ申請可))を申請します。 ※生活保護申請の後、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。</p> |
| <p>利用児童と同一 世帯に見又は姉 がいる場合</p> | <p><input type="checkbox"/> IV 多子軽減措置に関する認定 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。)</p> <p>1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。</p> |
| <p>0～2歳の児童 のみ (3歳で国の無 償化対象外の児 童を含む)</p> | <p><input type="checkbox"/> V 市独自助成に関する認定 日野市児童発達支援事業所等利用支援事業を申請します。</p> |

※市が必要と判断した場合、市民税所管部署への照会や、金融機関に問い合わせる等必要な調査を行います。
いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

| | |
|-----|---|
| 同意欄 | <p>1 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限り、照会や閲覧することに同意します。</p> <p>2 また、障害児支援利用計画、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な場合に限り、障害支援区分認定に係る認定調査や概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市審査会における審査判定結果や意見、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、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供することに同意します。</p> <p>以下の3、4については、上記Vの申請を行う者に限る</p> <p>3 日野市児童発達支援事業所等利用支援事業による助成を受けるために必要があるときは、市が児童発達支援事業所等から情報の提供を受けること及び市が児童発達支援事業者に情報を提示することに同意します。</p> <p>4 日野市児童発達支援事業所等利用支援事業による助成金については、サービスを提供した事業者が私に代わり請求及び受領することに同意します。ただし、サービスを提供した事業者に直接利用者負担額を支払った場合は、領収書を添えて市に助成金を請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 氏名</p> <p style="text-align: right;">(生計中心者の署名又は記名押印してください)</p> |
|-----|---|

| | | |
|--------|---|-------------|
| 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 | |

付 則

この規則は、公布の日から施行する。