

三朝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7年7月23日

三朝町長

三朝町規則第13号

三朝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

三朝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18年三朝町規則
第15号）の一部を次のように改正する。

様式第1号及び様式第6号を次のように改める。

様式第1号（第4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)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

三朝町長 様

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		生年月日	年 月 日										
	氏 名		個人番号											
	居 住 地	〒 電話番号												
フリガナ			続 柄											
支給申請に係る 児 童 氏 名			生年月日	年 月 日										
			個人番号											
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								
医療保険の記号及び番号(※)						保険者名及び番号(※)								
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	

※「医療保険の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

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	1	2	3	4	5	6	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	☐ 居 宅 介 護	/			
		☐ 重 度 訪 問 介 護				
		☐ 同 行 援 護				
		☐ 行 動 援 護				
		☐ 短 期 入 所				
		☐ 重度障害者等包括支援				
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（機能訓練）			
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）			
		/	☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練			
			☐ 就 労 移 行 支 援			
☐ 就労移行支援（養成施設）						
☐ 就 労 継 続 支 援 A 型						
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型				
	☐ 共同生活援助（グループホーム）					
地域相 談支援	☐ 地 域 移 行 支 援	/				
	☐ 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、障害程度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、三朝町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。

申請者氏名

(裏面)

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	☐ 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 80 万 9 千円以下のもの 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	
	☐ 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 (年令 才) 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 (年令 才)
	☐ 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 (年令 才) 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 (年令 才)
	☐ IV グループホーム等入居者 (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 (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。 (注) 対象事業所は、共同生活援助 (グループホーム)	
	☐ V 生活保護への移行予防措置 (定率負担減免措置、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 (□定率負担減免措置 □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	☐ 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6号（第8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

三朝町長 様
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		生年月日	年 月 日											
	氏 名		個人番号												
	居 住 地	〒													
	電話番号														
フリガナ			続 柄												
支給申請に係る 児 童 氏 名			生年月日	年 月 日											
			個人番号												
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								
医療保険の記号及び番号(※)						保険者名及び番号(※)									

※「医療保険の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

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	1	2	3	4	5	6	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	
	訪問系・その他	☐ 居 宅 介 護		
		☐ 重 度 訪 問 介 護		
		☐ 同 行 援 護		
		☐ 行 動 援 護		
		☐ 短 期 入 所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（機能訓練）	
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）	
			☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練	
			☐ 就 労 移 行 支 援	
			☐ 就労継続支援（A型）	
			☐ 就労継続支援（B型）	
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助（グループホーム）		
地域相 談支援	☐ 地 域 以 降 支 援			
	☐ 地 域 定 着 支 援			

(裏面)

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、介護給付費を申請する場合記入すること。

変更 する 減 免 の 種 類	☐ 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 80 万 9 千円以下のもの 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	
	☐ 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 (年令 才) 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 (年令 才)
	☐ 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 (年令 才) 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 (年令 才)
	☐ IV グループホーム等入居者 (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 (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。 (注) 対象事業所は、共同生活援助 (グループホーム)	
	☐ V 生活保護への移行予防措置 (定率負担減免措置、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 (□定率負担減免措置 □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	☐ 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		

附 則

この規則は、公布の日から施行する。