



下呂市障害児通所給付費等の支給に関する規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 26 日

下呂市長 山 内 登



令和 8 年下呂市規則第59号

下呂市障害児通所給付費等の支給に関する規則の一部を改正する規則

下呂市障害児通所給付費等の支給に関する規則（平成26年下呂市規則第30号）の一部を次のように改正する。

改正後
障害児通所給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

下呂市福祉事務所長 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		個人番号															
	氏 名		生年月日	年 月 日														
	居 住 地	〒 電話番号																
	フリガナ		個人番号															
	支給申請に係る 児 童 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									

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療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	利用中のサービスの種類と内容等
申請する支援	支援の種類	
	申請に係る具体的内容	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
☐ 保育所等訪問支援		

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、下呂市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

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 3. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ II 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。) 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。
	☐ III 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	☐ 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		

障害児通所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

下呂市福祉事務所長 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					
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		疾病名
被保険者の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)				

※「被保険者の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療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	利用中のサービスの種類と内容等					
	変更の理由						
変更を申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容				
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）						
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）						
	☐ 放課後等デイサービス						
	☐ 居宅訪問型児童発達支援						
☐ 保育所等訪問支援							

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、下呂市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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

改正前

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

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 3. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ II 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。) 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。
	☐ III 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	☐ 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		

個人番号等確認欄

番号確認	窓口(施設)に来た方の身元の確認(本人様・代理人様)	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他()	1点確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証(写真付き) ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳(写真付き) ☐ その他()
	2点確認	☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証(医療・サービス) ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳(写真なし) ☐ その他()
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他()	

(市確認者)

世帯状況・収入等申告書(障害児通所給付費)

下呂市福祉事務所長 様

申告年月日 年 月 日

申告者住所
氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

	氏 名	生年月日	本人との関係	扶養親族等の人数		市町村民税の状況
		個人番号		16歳未満	16~18歳	
申請者		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
世 帯 員		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
		年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税
	年 月 日				☐ 課税 ☐ 非課税	

2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る。)を申請する場合のみ記入してください。)

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収 入 の 他	仕送り収入	円
	不動産による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(記入上の注意)

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください
2. 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

世帯状況・収入等申告書

下呂市福祉事務所長 様

申告年月日 年 月 日

申告者 (保護者) 住所
氏名

※満18歳未満については保護者の住所・氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

	氏 名	生年月日	本人との関係	市町村民税の状況
申請者				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯主				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯員				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税

2 申請者の収入の状況について

以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付(施設入所者に限る。)を申請する場合のみ記入してください。

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額 円

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

区分	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申 請 者	
氏 名		との関係	
住 所	〒 電話番号		

(記入上の注意)

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

改正後

様式第3号（第4条関係）

第 年 月 日 号

様

下呂市福祉事務所長 印

障害児支援利用計画案提出依頼書

児童福祉法（第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、障害児支援利用計画案の提出を求めます。
提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

- ・ 障害児相談支援給付費支給申請書
※ 既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、
障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。
- ・ 障害児相談支援依頼（変更）届出書
※ 既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、
障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要。

提出先 下呂市福祉事務所 住所

電話番号

提出期限 年 月 日

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長
（公印省略）

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条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項）・児童福祉法（第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要です。

・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

※ 既に計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援・障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要です。

提出先 下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

提出期限 年 月 日

第 年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

障害児通所給付費支給決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等決定通知書

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

受給者証番号																		通所給付決定 保護者氏名				
給付決定年月日											給付決定に係る 障害児氏名											
負担上限月額											円	左の上限月額の 適用期間										
多子軽減対象											無償化対象期間											
給付決定内容	通所支援の種類										支給量								有効期間			
	特記事項																					
肢体不自由児通所医療	公費負担者番号										公費受給者番号											
	肢体不自由児通所 医療(食事療養を除く) 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

1 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か月以内に岐阜県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、岐阜県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。

2 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か月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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ものを除く。）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。

(1) 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。

(2) 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。

(3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3 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。

(お問合せ先)
下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

障害児通所給付費支給決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等決定通知書

第 号

年 月 日

様

下呂市福祉事務所長



年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の7の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

受給者証番号		通所給付決定保護者氏名	
給付決定年月日	年 月 日	給付決定に係る児童氏名	
負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
多子軽減対象			
給付決定内容	通所支援の種類	支援の内容及び支給量	有効期間

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療(食事療養を除く)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月以内に岐阜県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月以内に下呂市を被告として(訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。)、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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住 所

電話番号

第 年 月 日 号

様

下呂市福祉事務所長 印

却下決定通知書（障害児通所給付費）

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給及び（利用者負担額減額・免除等）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 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か月以内に岐阜県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 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か月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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ものを除く。）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。
 - (1) 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。
 - (2) 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。
 - (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 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。

（お問合せ先）

下呂市福祉事務所

住 所

電話番号

障害児通所給付費申請却下決定通知書

第 号

年 月 日

様

下呂市福祉事務所長



年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給及び利用者負担額減額・免除等については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 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月以内に岐阜県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、審理員に申立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消の訴えは、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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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を除く。）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。
 - （1）審査請求があった日から3月を経過しても裁決がないとき。
 - （2）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。
 - （3）その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- 3 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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住 所

電話番号

(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	
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				
212202	下呂市福祉事務所 印				
支給市町村名 及び 印	住所				
電話番号					

$$(K)$$

利用者負担に関する事項				
負担上限 月額	円			
適用期間	年	月	日から	年 月 日まで
食事提供加算対象者				
適用期間	年	月	日から	年 月 日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無				
利用者負担上限額管理事業所名				
特記事項欄				
予備欄				

$$(K)$$

番号	障害児通所支援事業者記入欄	事業者及びその事業所の名称	支援の内容	支給量	契約締結日	提供終了日	支援提供終了までの既提供量
1					年 月 日	年 月 日	
2					年 月 日	年 月 日	
3					年 月 日	年 月 日	

障害児通所支援事業者記入欄	
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
契約支給日	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支援提供終了日までの既提供量	
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
契約支給日	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支援提供終了日までの既提供量	
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
契約支給日	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支援提供終了日までの既提供量	

注意事項欄
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。 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。 3 医療型児童発達支援を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者であることの証明及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。 4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所支援決定保護者の家計の負担能力その他の事情を十分に斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額を除く。）の総額の1割相当を超えないこととし、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は市町村の窓口にお問い合わせてください。 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。その時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。 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が、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

注意事項欄
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ず、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、市町村に支給申請をしてください。 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、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 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、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 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、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。 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。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、速やかに市町村に返してください。 11 受給者の資格がなくなるときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 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。 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。

様式第 6 号 (第 6 条関係)

(一)		(二)		(三)	
通所受給者証		通所給付費の給付決定内容		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	
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	
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					

(四)

相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月 から 年 月 まで
指定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	

(五)

利用者負担に関する事項	
負担上限 月額	円
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
食事提供加算対象者	
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
利用者負担上限額管理事業所名	
特記事項欄	
予備欄	

(六)

通所支援事業者記入欄																	
番号	事業者及びその事業所の名称																
1	<table border="1"> <tr> <td>支援の内容</td> <td>量</td> <td>日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>契約</td> <td>日</td> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>契約</td> <td>日</td> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> <tr> <td>当該契約支援終了までの既提供量</td> <td>日</td> <td>年 月 日</td> <td>年 月 日</td> </tr> </table>	支援の内容	量	日	年 月 日	契約	日	年 月 日	年 月 日	契約	日	年 月 日	年 月 日	当該契約支援終了までの既提供量	日	年 月 日	年 月 日
支援の内容	量	日	年 月 日														
契約	日	年 月 日	年 月 日														
契約	日	年 月 日	年 月 日														
当該契約支援終了までの既提供量	日	年 月 日	年 月 日														
2	<table border="1"> <tr> <td>事業者及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支援の内容</td> <td>量</td> </tr> <tr> <td>契約</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>契約</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>当該契約支援終了までの既提供量</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>支援終了までの既提供量</td> <td>日</td> </tr> </table>	事業者及びその事業所の名称		支援の内容	量	契約	日	契約	日	当該契約支援終了までの既提供量	日	支援終了までの既提供量	日				
事業者及びその事業所の名称																	
支援の内容	量																
契約	日																
契約	日																
当該契約支援終了までの既提供量	日																
支援終了までの既提供量	日																
3	<table border="1"> <tr> <td>事業者及びその事業所の名称</td> <td></td> </tr> <tr> <td>支援の内容</td> <td>量</td> </tr> <tr> <td>契約</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>契約</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>当該契約支援終了までの既提供量</td> <td>日</td> </tr> <tr> <td>支援終了までの既提供量</td> <td>日</td> </tr> </table>	事業者及びその事業所の名称		支援の内容	量	契約	日	契約	日	当該契約支援終了までの既提供量	日	支援終了までの既提供量	日				
事業者及びその事業所の名称																	
支援の内容	量																
契約	日																
契約	日																
当該契約支援終了までの既提供量	日																
支援終了までの既提供量	日																

通所支援事業者記入欄	
事業者及びその事業所の名称	
支援の内容	
契約支給量	
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
当該契約支給終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
支援の内容	
契約支給量	
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
当該契約支給終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
支援の内容	
契約支給量	
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
当該契約支給終了日までの既提供量	

注意事項欄
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。 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。 3 医療型児童発達支援を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者であることの証明及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。 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ます。)。なお、基準該当通所支援を受ける場合は市町村の窓口にお問い合わせください。 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市町村に提出してください。 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、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

注意事項欄
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、市町村に支給申請をしてください。 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、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 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、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 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、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。 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。 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、速やかに市町村に返してください。 11 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 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。 13 給付決定の内容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。

下呂市福祉事務所長 様

次のとおり申請します。

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療を申請する場合記入すること。

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、下呂市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

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 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	☐ II 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。) 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。
	☐ III 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	☐ 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		

障害児通所給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

下呂市福祉事務所長 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					
	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：		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	
---------------	--	-------------	--	-------------------	--	-----	--

被保険者の記号及び番号(※)		保険者名及び番号(※)	
----------------	--	-------------	--

※「被保険者の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、肢体不自由児通所医療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	利用中のサービスの種類と内容等
-----------	----------------	-----------------

申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、下呂市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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		

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 3. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ II 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。) 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。
	☐ III 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	☐ 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		

個人番号等確認欄

番号確認	窓口(施設)に来た方の身元の確認(本人様 ・ 代理人 様)	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他()	1点確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証(写真付き) ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳(写真付き) ☐ その他()	2点確認 ☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証(医療・サービス) ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳(写真なし) ☐ その他()
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他()	

(市確認者)

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

障害児通所給付費支給変更決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

年 月 日に申請のありました（障害児通所給付費の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の8の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番号		通所給付決定 保護者氏名	
変更年月日		給付決定に係る 障害児氏名	
変更の内容	変更前		
	変更後		

受給者証を下呂市 福祉事務所に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先 下呂市 福祉事務所 住所
提出期限 年 月 日

電話番号

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か月以内に岐阜県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、岐阜県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べる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か月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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ものを除く。）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。

（お問合せ先）
下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

障害児通所給付費支給変更決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

第 号

年 月 日

様

下呂市福祉事務所長



年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給変更及び利用者負担額減額・免除等の変更について、下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証 番号																通所給付決 保護者氏名	
変更年月日																給付決定に係る 児童氏名	
変更の内容	変更前																
	変更後																

受給者証を下呂市に提出ください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先 下呂市福祉事務所

電話番号

提出期限 年 月 日

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月以内に岐阜県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月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住 所

電話番号

第 年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

支給決定取消通知書

児童福祉法第 21 条の 5 の 9 第 1 項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消しましたので通知します

記

受給者証 番 号		給付決定 保護者氏名	
支給決定取消日		給付決定に係る 児 童 氏 名	
取 消 理 由			

受給者証を下呂市 福祉事務所に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 下呂市 福祉事務所 住所

電話番号

返還期限 年 月 日

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 か月以内に岐阜県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 か月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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に除く。）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。

（お問合せ先）

下呂市福祉事務所

住 所

電話番号

通所給付決定取消通知書

第 号

年 月 日

様

下呂市福祉事務所長



児童福祉法第 21 条の 5 の 9 第 1 項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証 番号		給付決定 保護者氏名	
支給決定取消日	年 月 日	給付決定に係る 児童氏名	
取消理由			

受給者証を下呂市に返還ください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 下呂市福祉事務所

電話番号

返還期限

年 月 日

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 月以内に岐阜県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 月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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 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。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住 所

電話番号

申請内容変更届出書（障害児通所給付費）

下呂市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年	月	日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名		個 人 番 号			
居 住 地	〒				
	電話番号				
フリガナ		生年月日	年	月	日
支給決定に係る 児童氏名		続柄			
		個 人 番 号			

届出書提出者	☐ 給付決定保護者 ☐ 給付決定保護者以外（下の欄に記入）	
フリガナ		本人と の関係
氏 名		
住 所	〒	
	電話番号	

変更事項 (該当に○を して下さ い。)	給付決定保護者に 関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	支給決定に係る児 童に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

申請内容変更届出書

下呂市福祉事務所長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給 (給付) 決定障害者 (保護者) 氏名	個人番号:		
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名	個人番号:	生年 月日	年 月 日

届出書提出者	☐ 支給 (給付) 決定障害者等 (本人) ☐ 本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ	本人との関係	
氏名		
住所	〒 電話番号	

変更事項 (該当に○をして下さい。)	支給 (給付) 決定障害者等に関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者である児童に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	その他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

個人番号等確認欄

番号確認	窓口 (施設) に来た方の身元の確認 (本人様 ・ 代理人 様)	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他 ()	1 点確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証 (写真付き) ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳 (写真付き) ☐ その他 ()
	2 点確認	☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証 (医療・サービス) ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳 (写真なし) ☐ その他 ()
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他 ()	

(市確認者)

改正後

様式第 12 号 (第 11 条関係)

受給者証再交付申請書 (障害児通所給付費)

下呂市福祉事務所長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	1 通所受給者証 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者 証番号	
---------------	------------------------------	------------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給 (給付) 決定 障害者 (保護者) 氏 名		個 人 番 号	
居 住 地	〒		
	電話番号		
フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定に係る 児 童 氏 名		続柄	
		個 人 番 号	

申請書提出者	☐ 給付決定保護者 (本人) ☐ 給付決定保護者以外 (下の欄に記入)		
フリガナ		本人と の関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他		
	具体的な状況		

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く)

改正前

様式第12号(第11条関係)

受給者証再交付申請書

下呂市福祉事務所長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	1 通所受給者証 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者 証番号	
---------------	------------------------------	------------	--

フリガナ 支給(給付)決定 障害者(保護者) 氏 名	個人番号:	生年 月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る 児 童 氏 名	個人番号:	続柄 生年 月日	年 月 日

申請書提出者 フリガナ	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名	本人と の関係		
住 所	〒 電話番号		

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他 具体的状況
-------	---

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)

個人番号等確認欄

番号確認	窓口(施設)に来た方の身元の確認(本人様 ・ 代理人 様)	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し ・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他 ()	1点確認 ☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証(写真付き) ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳(写真付き) ☐ その他 ()	
	2点確認 ☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証(医療・サービス) ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳(写真なし) ☐ その他 ()	
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他 ()	

(市確認者)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

下呂市福祉事務所長 様

次のとおり、(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 17 第 1 項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第 24 条の 26 第 1 項に規定する障害児相談支援給付費)の支給を申請します。

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				
申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			
			個 人 番 号			

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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			

改正前

様式第 13 号 (第 12 条関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

下呂市福祉事務所長 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	〒		
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	

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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		

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認（ 本人様 ・ 代理人 様 ）	
☐ 個人番号カード ☐ 通知カード ☐ 個人番号記載の住民票の写し ・住民票記載事項証明書 ☐ システム転記 ☐ その他 ()	1点確認	☐ 個人番号カード ☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ 在留カード・特別永住者証明書 ☐ 官公庁発行の免許証（写真付き） ☐ 身体障害者手帳・療育手帳 ☐ 精神手帳（写真付き） ☐ その他（ ）
	2点確認	☐ 資格確認書等 ☐ 介護保険証 ☐ 年金証書・手帳 ☐ 受給者証（医療・サービス） ☐ 児扶手 ☐ 精神手帳（写真なし） ☐ その他（ ）
代理権確認	☐ 戸籍謄本等 ☐ 委任状 ☐ その他（ ）	

(市確認者)

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

下呂市福祉事務所長 様

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	
----	--

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			
申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			
			個 人 番 号			

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
フリガナ	
事業所名	
住 所	〒
	電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

変更年月日 年 月 日

改正前

様式第 14 号 (第 12 条関係)

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

下呂市福祉事務所長 様

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒 電話番号		
申請に係る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名

フリガナ	
事業所名	
住 所	〒 電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由（変更の場合に記載）

--

変更年月日 年 月 日

第 年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

児童福祉法第 24 条の 2 第 1 項の規定に基づき、障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

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	
通所受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る 児童氏名	
支給の可否			
支給 する	支給期間		
	モニタリング 期間		
支給 しない	支給しない 理由		

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 か月以内に岐阜県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 か月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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。

（お問合せ先）

下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

第 号

年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

年 月 日に申請のありました障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので、通知します。

障害福祉サービス 受給者証番号												地域相談支援 受給者番号																			
通所受給者証番号																															
申請者氏名												支給申請に係る 児童氏名																			
支給の可否		可・否																													
支給する	支給期間	年 月 ～ 年 月																													
	モニタリング 期間																														
支給しない	理由																														

- 1 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月以内に下呂市長に対し審査請求をすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に限り、下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）提起することができます（なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過することの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先
下呂市福祉事務所

住所
電話番号

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

児童福祉法第24条の26第1項の規定に基づき、障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

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	
通所受給者証番号			
支給取消に係る 障害者（保護者）		支給取消に係る 児童名	
支給取消日			
取消理由			
障害福祉サービス 受給者証、地域相談 支援受給者証又は 通所受給者証提出 先及び提出期限	提出先：下呂市 福祉事務所 住所 電話番号 提出期限： 年 月 日		

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か月以内に岐阜県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か月以内に下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表する者は下呂市長となります。）、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に除く。）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。

(お問合せ先)

下呂市福祉事務所
住 所
電話番号

障害児相談支援給付費支給取消通知書

第 号

年 月 日

様

下呂市福祉事務所長



障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので、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	
通所受給者証番号			
支給取消に係る 障害者（保護者）		支給取消に係る 児童氏名	
支給取消日	年 月 日		
取消理由			
障害福祉サービス受給者証、 地域相談支援受給者証 提出先及び提出期限			

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月以内に下呂市長に対し審査請求をすることができます。
- この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に限り、下呂市を被告として（訴訟において下呂市を代表するものは下呂市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

問い合わせ先

下呂市福祉事務所

住 所
電話番号

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長 印

モニタリング期間変更通知書

継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

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																	
通所受給者証番号																																			
変更に係る障害者 (保護者)																		変更に係る 児童氏名																	
変更後の モニタリング期間																																			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は通所 受給者証の提出期限 及び提出先																		提出先：下呂市 福祉事務所 住所																電話番号	
																		提出期限：																	

(お問合せ先)

下呂市福祉事務所

住 所

電話番号

モニタリング期間変更通知書

第 号
年 月 日

様

下呂市福祉事務所長

継続障害児支援利用援助について、下記のとおり変更の決定をしましたので通知します。

記

[illegible]

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

