

○恵庭市知的障害者福祉法施行細則

平成15年4月1日

規則第18号

(趣旨)

第1条 知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号。以下「法」という。）の施行については、知的障害者福祉法施行令（昭和35年政令第103号。以下「令」という。）及び知的障害者福祉法施行規則（昭和35年厚生省令第16号。以下「省令」という。）に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

(知的障害者指導台帳)

第2条 市長は、知的障害者更生指導台帳（様式第1号）を備え、必要な事項を記載しなければならない。

(更生相談所への判定依頼等)

第3条 市長は、法第9条第5項の規定により知的障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）に判定を求めるときは、判定依頼書（様式第2号）を更生相談所の長に送付するとともに、判定案内書（様式第3号）を当該知的障害者に送付しなければならない。

(居宅生活支援費及び施設訓練等支援費の支給申請)

第4条 省令第7条第1項に規定する居宅生活支援費の支給申請書及び省令第21条第1項に規定する施設訓練等支援費の支給申請は、居宅生活支援費施設訓練等支援費支給申請書（様式第4号）によるものとする。

(居宅生活支援費の支給決定通知)

第5条 市長は、法第15条の6第2項の規定により居宅生活支援費の支給を決定したときは、居宅生活支援費支給決定・利用者負担額決定通知書（様式第5号）を居宅支給決定知的障害者に送付するものとする。

2 前項の場合において、居宅支給決定知的障害者の扶養義務者に利用者負担を求めるときは、居宅生活支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書（様式第6号）を当該扶養義務者に送付するものとする。

(施設訓練等支援費の支給決定通知)

第6条 市長は、法第15条の12第2項の規定により施設訓練等支援費の支給を決定したときは、施設訓練等支援費支給決定・利用者負担額決定通知書（様式第7号）を施設支給決定知的障害者に送付するものとする。

2 前項の場合において、施設支給決定知的障害者の扶養義務者に利用者負担を求めるときは、施設訓練等支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書（様式第8号）を当該扶養義務者に送付するものとする。

（居宅生活支援費及び施設訓練等支援費の不支給決定通知）

第7条 市長は、居宅生活支援費又は施設訓練等支援費を支給しないことと決定したときは、不支給決定通知書（様式第9号）を申請者に送付するものとする。

（受給者証記載事項変更届）

第8条 令第3条第1項及び第5条第1項に規定する氏名の変更及び転居の届出は、受給者証記載事項変更届（様式第10号）によるものとする。

（転出届）

第9条 令第3条第3項及び第5条第3項に規定する居住地の変更の届出は、転出届（様式第11号）によるものとする。

（受給者証の再交付申請）

第10条 省令第13条第1項及び第26条第1項に規定する受給者証の再交付の申請は、受給者証再交付申請書（様式第12号）によるものとする。

（特例居宅生活支援費の支給申請）

第11条 省令第16条第1項に規定する特例居宅生活支援費の支給申請は、特例居宅生活支援費支給申請書（様式第13号）によるものとする。

（特例居宅生活支援費の支給決定の通知）

第12条 市長は、法第15条の7第1項の規定に基づき、特例居宅生活支援費の支給の要否を決定したときは、特例居宅生活支援費支給（不支給）決定通知書（様式第14号）を申請者に送付するものとする。

（支援費支給量の変更申請）

第13条 省令第17条に規定する支給量の変更の申請は、支給量変更申請書（様式第15号）

によるものとする。

(支援費支給量の変更通知)

第14条 省令第18条第1項に規定する支給量の変更決定の通知は、支給量変更決定通知書(様式第16号)によるものとする。

(障害程度区分の変更申請)

第15条 省令第28条に規定する知的障害者程度区分の変更の申請は、障害程度区分変更申請書(様式第17号)によるものとする。

(障害程度区分の変更通知)

第16条 省令第29条第1項に規定する知的障害者程度区分の変更決定の通知は、障害程度区分変更決定通知書(様式第18号)によるものとする。

(居宅支給決定取消通知)

第17条 省令第19条第1項に規定する支給決定の取り消しの通知は、居宅支給決定取消通知書(様式第19号)によるものとする。

(施設支給決定取消通知)

第18条 省令第30条第1項に規定する支給決定の取り消しの通知は、施設支給決定取消通知書(様式第20号)によるものとする。

(居宅生活支援費の基準)

第19条 法第15条の5第2項第1号及び第2号の規定により居宅生活支援費を算定するために市長が定める基準及び法第15条の5第3項の規定により知的障害者地域生活援助に係る居宅生活支援費を算定するために市長が定める基準は、別に定めるものとする。

2 市長は、前項の基準を定めたときは、速やかに告示しなければならない。

(特例居宅生活支援費の基準)

第20条 法第15条の7第2項において準用する法第15条の5第2項の規定により特例居宅生活支援費を算定するために市長が定める基準は、別に定めるものとする。

2 市長は、前項の基準を定めたときは、速やかに告示しなければならない。

(施設訓練等支援費の基準)

第21条 法第15条の11第2項第1号及び第2号の規定により施設訓練等支援費を算定す

るために市長が定める基準は、別に定めるものとする。

- 2 市長は、前項の基準を定めたときは、速やかに告示しなければならない。

(旧措置入所者の施設訓練等支援費の基準)

第22条 社会福祉の増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律（平成12年法律第111号）附則第18条第2項第1号及び第2号の規定により旧措置入所者の施設訓練等支援費を算定するために市長が定める基準は、別に定めるものとする。

- 2 市長は、前項の基準を定めたときは、速やかに告示しなければならない。

(居宅支援の措置)

第23条 市長は、法第15条の3第1項に規定する措置（以下「居宅支援の措置」という。）をとることを決定したときは、居宅支援措置決定通知書（様式第21号）を当該知的障害者に送付するものとする。

- 2 前項の場合において、居宅支援の措置を委託しようとするときは、居宅支援措置委託決定通知書（様式第22号）を委託しようとする者に送付するものとする。

(施設入所の措置)

第24条 市長は、法第16条第1項第2号に規定する措置（以下「施設入所の措置」という。）をとろうとするときは、必要に応じ、更生相談所の判定を求めなければならない。

- 2 市長は、施設入所の措置をとることを決定したときは、施設入所措置決定通知書（様式第23号）を当該知的障害者に送付するものとする。

- 3 前項の場合において、施設入所の措置を委託しようとするときは、施設入所措置委託決定通知書（様式第24号）を施設入所の措置を委託しようとする知的障害者更生施設等に送付するものとする。

(居宅支援又は施設入所の措置変更等の通知)

第25条 市長は、居宅支援の措置又は施設入所の措置を行った者（以下「被措置者」という。）について、当該措置を変更し、又は解除することを決定したときは、居宅支援・施設入所措置変更（解除）決定通知書（様式第25号）を当該被措置者に送付するものとする。

- 2 前項の場合において、居宅支援の措置又は施設入所の措置を委託しているときは、居宅支援・施設入所措置委託変更（解除）決定通知書（様式第26号）を居宅支援の措置を委託し

ている者又は施設入所措置を委託している知的障害者更生施設等に送付するものとする。

(支援費支給管理台帳)

第26条 市長は、知的障害者居宅生活支援費支給管理台帳(様式第27号)及び知的障害者施設訓練等支援費支給管理台帳(様式第28号)を備え、必要な事項を記載しておかなければならない。

(職親の申込み等)

第27条 省令第39条に規定する職親になることを希望する申し出は、知的障害者職親申込書(様式第29号)によるものとする。

2 市長は、前項の申込書を受理したときは、申込者を職親とする事の適否について認定を行い、適当と認めたものを知的障害者職親登録簿(様式第30号)に登録するものとする。

3 市長は、前項の認定により、適当と認めた者については職親申込承認通知書(様式第31号)を、不適当と認めた者については職親申込不承認通知書(様式第32号)をそれぞれ当該申請者に送付するものとする。

4 市長は、知的障害者職親台帳(様式第33号)を備え、その管轄する区域内に居住する職親について必要な事項を記載しておかなければならない。

(職親委託申込書)

第28条 知的障害者は、職親への委託を希望するときは、知的障害者職親委託申込書(様式第34号)を市長に提出しなければならない。

(職親への委託)

第29条 市長は、法第16条第1項第3号の規定により、知的障害者の更生援護を職親に委託することを決定したときは、職親委託決定通知書(様式第35号)を当該知的障害者に送付するものとする。

(職親の指導等)

第30条 市長は、法第16条第1項第3号の措置をとったときは、職親に対する必要な連絡指導を社会福祉主事に行わせなければならない。

(費用の徴収)

第31条 法第27条の規定により、知的障害者又はその扶養義務者(以下「納入義務者」と

いう。) から徴収する知的障害者居宅支援の提供又は提供の委託に係る費用の額は、別表第 1 に掲げるとおりとする。

- 2 法第 27 条の規定により、納入義務者から徴収する知的障害者更生施設等への入所又は入所の委託に係る費用の額は、当該知的障害者から徴収する場合にあつては別表第 2 に、当該知的障害者の扶養義務者から徴収する場合にあつては別表第 3 に掲げるとおりとする。

(費用徴収額の変更)

第 32 条 市長は、災害その他の特別な理由により前条に規定する費用の納入義務者の負担能力に変動が生じたと認められるときは、その変動の程度に応じて、納入義務者に支払いを命ずる額又は納入義務者から徴収する費用の額を変更することができる。

- 2 前項の規定による支払いを命ずる額又は徴収する費用の額の変更を受けようとする者は、費用徴収額変更申請書(様式第 36 号)を市長に提出しなければならない。

(費用徴収額の決定通知等)

第 33 条 市長は、前 2 条の支払いを命ずる額又は徴収する費用の額を決定し、又は変更したときは、費用徴収額決定・変更通知書(様式第 37 号)を当該納入義務者に送付するものとする。

(補則)

第 34 条 この規則の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

- 1 この規則は、平成 15 年 4 月 1 日から施行する。

(施行のための必要な準備)

- 2 社会福祉増進のための社会福祉事業法等の一部を改正する等の法律(平成 12 年法律第 111 号)附則第 27 条第 2 号の規定に基づき、この規則による居宅生活支援費の受給の手続、施設訓練等支援費の受給の手続その他行為は、この規則の施行日前においても行うことができる。

(恵庭市知的障害者援護施設費用徴収規則の廃止)

- 3 恵庭市知的障害者援護施設費用徴収規則(昭和 62 年規則第 11 号)は、廃止する。

別表第1

知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援等に係る利用者負担の額の算定に関する基準

1 指定居宅支援等（知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第15条の5第1項に規定する指定居宅支援及び同法第15条の7第1項に規定する基準該当居宅支援をいう。）を利用した際に知的障害者及びその扶養義務者が負担すべき額は、次の表により算定した額とする。

2 前号の規定により知的障害者及びその扶養義務者が負担すべき額を算定した場合において、その額に10円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

税額等による階層区分		上限月額	負担基準額		
			知的障害者居宅介護30分あたり	知的障害者デイサービス1日当たり	知的障害者短期入所1日当たり
A	生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者	0円	0円	0円	0円
B	当該年度分の市町村民税が非課税の者（A階層に該当する者を除く。）	0	0	0	0
C1	前年分の所得税が非課税の者	当該年度分の市町村民税のうち均等割のみ課税の者	1,100	50	100
C2	（A階層又はB階層に該当する者を除く。）	当該年度分の市町村民税のうち所得割が課税の者	1,600	100	200
		前年分の所得税額の年額区分			
D1	前年分の所得税が課税の者（A階層又はB階層	0円～3,000円	2,200	150	300
D		30,001～80,000	3,300	200	400

2	に該当する者を					
D	除く。)	80,001~140,000	4,600	250	500	600
3						
D		140,001~280,000	7,200	300	700	1,000
4						
D		280,001~500,000	10,300	400	1,000	1,400
5			0			
D		500,001~800,000	13,500	500	1,300	1,800
6			0			
D		800,001~1,160,000	17,100	600	1,700	2,300
7			0			
D		1,160,001~1,650,000	21,200	800	2,100	2,800
8			0			
D		1,650,001~2,260,000	25,700	1,000	2,500	3,400
9			0			
D		2,260,001~3,000,000	30,600	1,200	3,000	4,100
10			0			
D		3,000,001~3,960,000	35,900	1,400	3,500	4,800
11			0			
D		3,960,001~5,030,000	41,600	1,600	4,000	5,500
12			0			
D		5,030,001~6,270,000	47,800	1,900	4,600	6,400
13			0			

3						
D		6, 270, 001円以上	支援費基	支援費基	支援費基	支援費基
1			準額	準額	準額	準額
4						

(注)

- 1 知的障害者及びその扶養義務者（知的障害者と同一の世帯に属し、かつ、生計を同じくすると認められる配偶者又は子（知的障害者が20歳未満の場合においては、配偶者、父母又は子）のうち、市町村民税又は所得税の税額が最も高いものに限る。以下同じ。）が負担すべき額は、それぞれ、税額等による階層区分に応じ、負担基準額の欄に掲げる額とする（知的障害者デイサービスについては、所要時間4時間以上の場合のものであり、所要時間4時間未満の場合は、当該額の2分の1の額とする。また、知的障害者短期入所については、宿泊を伴う場合のものであり、宿泊を伴わない場合は、所要時間が4時間未満の場合は当該額の4分の1の額、所要時間が4時間以上8時間未満の場合は当該額の2分の1の額、所要時間が8時間以上の場合は当該額の4分の3の額とする）。ただし、知的障害者にあつては、支援費基準額を上限とし、扶養義務者にあつては、支援費基準額から知的障害者が負担する額を控除した額を上限とする。
- 2 注1の規定にかかわらず、知的障害者及びその扶養義務者の1月当たりの負担額は、それぞれ、税額等による階層区分に応じ、上限月額額の欄に掲げる額を上限とする。
- 3 この表において「支援費基準額」とは、知的障害者福祉法に基づく指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準により算定される額をいう。
- 4 この表において「市町村民税」とは、地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。）をいい、「均等割」及び「所得割」とは、それぞれ、同法第292条第1項第1号及び第2号に規定する均等割及び所得割（それぞれ、同法の規定による特別区民税に係るものを含む。）をいう。ただし、均等割又は所得割の額の計算においては、同法第323条の規定により市町村民税の減免が行われた場合には、その額を所得割の額又は均等割の額から順次控除した額を所得割の額又

は均等割の額とし、所得割の額の計算においては、同法第314条の7及び同法附則第5条第2項の規定は適用しないものとする。

5 この表において「所得税」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）、租税特別措置法（昭和32年法律第26号）、経済社会の変化等に対応して早急に講ずべき所得税及び法人税の負担軽減措置に関する法律（平成11年法律第8号）及び災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律（昭和22年法律第175号）の規定によって計算される所得税をいう。ただし、所得税の計算においては、次の規定は適用しないものとする。

- (1) 所得税法第92条第1項並びに第95条第1項、第2項及び第3項
- (2) 租税特別措置法第41条第1項、第2項及び第3項
- (3) 租税特別措置法等の一部を改正する法律（平成10年法律第23号）附則第12条

別表第2

知的障害者福祉法に基づく指定施設支援に係る利用者負担の額の算定に関する基準

- 1 指定施設支援（知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第15条の11第1項に規定する指定施設支援をいう。）を利用した際に知的障害者及びその扶養義務者が負担すべき額は、知的障害者については別表第2により算定した額とし、知的障害者の扶養義務者については別表第3により算定した額とする。ただし、知的障害者が病院又は診療所へ入院した場合においては、入院期間中は算定しないものとし、知的障害者が月の途中で入所し又は退所した場合においては、当該月については、次の算式により算定した額

算式

別表第2又は第3により算定した額×当該月の入所日以降又は退所日以前の日数÷当該月の日数

- 2 前号の規定により知的障害者及びその扶養義務者が負担すべき額を算定した場合において、その額に100円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

対象収入額等による階層区分	負担基準月額	
	入所	通所

1	生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条	0円	0円
	第1項に規定する被保護者		
1	前年分の対象収入額の年額区分		
2	階 0円～270,000円	0	0
3	層 270,001～280,000	1,000	500
4	に 280,001～300,000	1,800	900
5	該 300,001～320,000	3,400	1,700
6	当 320,001～340,000	4,700	2,300
7	す 340,001～360,000	5,800	2,900
8	る 360,001～380,000	7,500	3,700
9	者 380,001～400,000	9,100	4,500
10	以外 400,001～420,000	10,800	5,400
11	の 420,001～440,000	12,500	6,200
12	者 440,001～460,000	14,100	7,000
13	460,001～480,000	15,800	7,900
14	480,001～500,000	17,500	8,700
15	500,001～520,000	19,100	9,500
16	520,001～540,000	20,800	10,400
17	540,001～560,000	22,500	11,200

7			
1	560, 001~580, 000	24, 100	12, 000
8			
1	580, 001~600, 000	25, 800	12, 900
9			
2	600, 001~640, 000	27, 500	13, 700
0			
2	640, 001~680, 000	30, 800	15, 400
1			
2	680, 001~720, 000	34, 100	17, 000
2			
2	720, 001~760, 000	37, 500	18, 700
3			
2	760, 001~800, 000	39, 800	19, 900
4			
2	800, 001~840, 000	41, 800	20, 900
5			
2	840, 001~880, 000	43, 800	21, 900
6			
2	880, 001~920, 000	45, 800	22, 900
7			
2	920, 001~960, 000	47, 800	23, 900
8			
2	960, 001~1, 000, 000	49, 800	24, 900
9			
3	1, 000, 001~1, 040, 000	51, 800	25, 900

0			
3	1, 040, 001~1, 080, 000	54, 400	27, 200
1			
3	1, 080, 001~1, 120, 000	57, 100	28, 500
2			
3	1, 120, 001~1, 160, 000	59, 800	29, 900
3			
3	1, 160, 001~1, 200, 000	62, 400	31, 200
4			
3	1, 200, 001~1, 260, 000	65, 100	32, 500
5			
3	1, 260, 001~1, 320, 000	69, 100	34, 500
6			
3	1, 320, 001~1, 380, 000	73, 100	36, 500
7			
3	1, 380, 001~1, 440, 000	77, 100	38, 500
8			
3	1, 440, 001~1, 500, 000	81, 100	40, 500
9			
4	1, 500, 001円以上	注2に規定する額	注2に規定する額
0			

(注)

- 1 知的障害者が負担すべき額は、対象収入額等による階層区分に応じ、負担基準月額の欄に掲げる額とする（知的障害者通勤寮については、通所の欄に掲げる額とする。）
- 2 40階層に該当する者が負担すべき額は、次の表に掲げる算式により算定した額とする（知的障害者通勤寮については、通所の欄に掲げる額とする。）。ただし、支援費基準額

(知的障害者福祉法に基づく指定施設支援に要する費用の額の算定に関する基準により算定される額をいう。以下同じ。)を上限とする。

入所	$81,100円 + (対象収入額 - 150万円) \times 0.9 \div 12$
通所	$40,500円 + (対象収入額 - 150万円) \times 0.9 \div 12 \div 2$

3 注1及び注2の規定にかかわらず、当分の間、次の表に掲げる額を負担基準月額の上限とする。

施設区分	入所後3年未満の者		入所後3年以上の者	
	入所	通所	入所	通所
知的障害者更生施設	32,000円	16,000円	53,000円	26,500円
知的障害者授産施設	32,000円	16,000円	53,000円	26,500円
知的障害者通所寮	16,000円		26,500円	
心身障害者福祉協会法 (昭和45年法律第4 4号に規定する福祉施設)	32,200円		53,000円	

4 この表において「対象収入額」とは、収入額(社会通念上収入として認定することが適当でないものを除く。)から、租税、社会保険料等の必要経費の額を控除した額をいう。

別表第3

税額等による階層区分		負担基準月額	
		入所	通所
A	生活保護法第6条第1項に規定する被保護者	0円	0円
B	当該年度分の市町村民税が非課税の者(A階層に該当す	0	0

	る者を除く。)			
C1	前年分の所得税が非課税の者（A階層又はB階層に該当する者を除く。）	当該年度分の市町村民税のうち均等割のみ課税の者	2, 2 0 0	1, 1 0 0
C2	はB階層に該当する者を除く。）	当該年度分の市町村民税のうち所得割が課税の者	3, 3 0 0	1, 6 0 0
	前年分の所得税が課税の者（A階層又はB階層に該当する者を除く。）	前年分の所得税額の年額区分		
D1		0円～30, 000円	4, 5 0 0	2, 2 0 0
D2		30, 001～80, 000	6, 7 0 0	3, 3 0 0
D3		80, 001～140, 000	9, 3 0 0	4, 6 0 0
D4		140, 001～280, 000	14, 5 0 0	7, 2 0 0
D5		280, 001～500, 000	20, 6 0 0	10, 3 0 0
D6		500, 001～800, 000	27, 1 0 0	13, 5 0 0
D7		800, 001～1, 160, 000	34, 3 0 0	17, 1 0 0
D8		1, 160, 001～1, 650, 000	42, 5 0 0	21, 2 0 0
D9		1, 650, 001～2, 260, 000	51, 6 0 0	25, 7 0 0
D10		2, 260, 001～3, 000, 000	61, 2 0 0	30, 6 0 0
D11		3, 000, 001～3, 960, 000	71, 9 0 0	35, 9 0 0
D12		3, 960, 001～5, 030, 000	83, 3 0 0	41, 6 0 0
D13		5, 030, 001～6, 270, 000	95, 6 0 0	47, 8 0 0

D 1		6, 270, 001円以上	支援費基準額	支援費基準額
4				

(注)

- 1 知的障害者が扶養義務者等（知的障害者と同一の世帯に属し、かつ、生計を同じくすると認められる配偶者又は子（知的障害者が20歳未満の場合においては、配偶者、父母又は子）のうち、市町村民税又は所得税の税額が最も高いものに限る。以下同じ。）が負担すべき額は、それぞれ、税額等による階層区分に応じ、負担基準月額のカラムに掲げる額とする（知的障害者通勤寮については、通所のカラムに掲げる額とする。）。
- 2 注1の規定にかかわらず、知的障害者の扶養義務者等が負担すべき額が、支援費基準額から知的障害者が負担する額を控除した額を超える場合は、当該控除した額を負担するものとする。
- 3 注1及び注2の規定にかかわらず、入所後3年未満の者の扶養義務者については、当分の間、次の表に掲げる額から知的障害者が負担する額を控除した額を負担すべき額の上限とする。

施設区分	入所	通所
知的障害者更生施設	32,000円	16,000円
知的障害者授産施設	32,000円	16,000円
知的障害者通勤寮	16,000円	
心身障害者福祉協会法(昭和45年法律第44号)に規定する福祉施設	32,000円	

- 4 この表において「市町村民税」とは、地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。）をいい、「均等割」及び「所得割」とは、それぞれ、同法第292条第1項第1号及び第2号に規定する均等割及び所得割（それぞれ、同法の規定による特別区民税に係るものを含む。）をいう。ただし、均等

割又は所得割の額の計算においては、同法第323条の規定により市町村民税の減免が行われた場合には、その額を所得割又は均等割の額から順次控除した額を所得割の額又は均等割の額とし、所得割の額の計算においては、同法第314条の7及び同法附則第5条第2項の規定は適用しないものとする。

5 この表において「所得税」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）、租税特別措置法（昭和32年法律第26号）、経済社会の変化等に対応して早急に講ずべき所得税及び法人税の負担軽減措置に関する法律（平成11年法律第8号）及び災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律（昭和22年法律第175号）の規定によって計算される所得税をいう。ただし、所得税額の計算においては、次の規定は適用しないものとする。

- (1) 所得税法第92条第1項並びに第95条第1項、第2項及び第3項
- (2) 租税特別措置法第41条第1項、第2項及び第3項
- (3) 租税特別措置法等の一部を改正する法律（平成10年法律第23号）附則第12条

(様式第1号)

知的障害者更生指導台帳

台帳番号

写真貼付	氏名						
	性別		生年月日		電話番号	—	
	本籍地						
	居住地						
手帳記載事項							
療育手帳番号	新規交付				再交付		
判定・等級							
障害名							
家族状況	氏名	性	続柄	生年月日	均等割	所得割	所得税
				・			
				・			
				・			
				・			
				・			
				・			
				・			
				・			

施設状況		
入所日	施設名	施設住所

(様式第2号)

判 定 依 頼 書

文 書 番 号
年 月 日

様

恵庭市保健福祉部長



次の者について判定を依頼します。

記

ふ り が な		男 女		年 月 日生
氏 名				
住 所	恵庭市			
障 害 区 分	☐ 身体障害者 ☐ 知的障害者			
身体障害者手帳	障害名		種 級 年 月 日交付	
判 定 依 頼 事 項	補装具の交付 更生医療給付 療育手帳交付 その他()			
相談判定の方法	来所・巡回・その他			
相談判定希望時	年 月 日 時			
備 考				

(様式第3号)

判定を受ける方のお名前
来 所 日 月 日 時 分 様

判 定 の ご 案 内 (知的障害者用)

判定とは、障害の状況を客観的に把握し、今後の援助の方向性を考える手立てをするものです。

次のことを行います。

- ・ その人の能力と特性を明らかにします。
- ・ どのような作業・職業が適しているかを考えます。
- ・ 健康状態についての相談に応じます。(精神科医・内科医等)
- ・ ご家庭での状況やご本人の状態をお聞きし、これからの生活設計を考えます。

所要時間 約5時間(昼食時間を含む)

- ・ それぞれの検査や当日来所する方の人数によって前後することがあります。できるだけ余裕をもっておいでください。
- ・ 前もって主治医の医学判定意見書(精神科)を提出していただいている方や以前相談所で医学診断を受けている方は、午前中に終わる場合があります。

持ってきていただくもの

- ・ 療育手帳・身体障害者手帳
- ・ これまでの障害暦のわかるもの(母子手帳等)

※ 食堂がありますのでご利用ください。(11:30~13:30)

※ ご不明な点は下記にお問合せ下さい。

連絡先

(備考) 裏面に案内図を添付すること。

(様式第4号)

(身体障害者 知的障害者 児童)									
居宅生活支援費 施設訓練等支援費 支給申請書									
(あて先)恵庭市保健福祉部長									
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				生年月日	年 月 日			
	氏 名				性 別	男 ・ 女			
	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				性 別	男・女	続柄		
フリガナ				居住地				続 柄	
利用者負担額扶養義務者分対象者氏名				電話番号					
サービス利用の状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等							
	施設サービス	利用中の施設名等							
	介護保険	要介護認定 有・無 要介護度 要支援・要介護 1 2 3 4 5 利用中のサービスと種類の内容							
居宅生活支援費	申請する支援の種類・内容								
	☐ 居宅介護	☐ デイサービス	☐ 短期入所	☐ 知的障害者地域生活援助					
施設訓練等支援費	☐ 身体障害者更生施設 (入所・通所)		☐ 身体障害者療護施設 (入所・通所)		☐ 身体障害者授産施設 (入所・通所)				
	☐ 知的障害者更生施設 (入所・通所)		☐ 知的障害者授産施設 (入所・通所)		☐ 知的障害者通勤寮				
	☐ 心身障害者福祉協会の設置する福祉施設								
届出者	フリガナ				☐ 代理人		☐ 代行者		
	氏 名				申請者との関係				
	住 所	〒			電話番号				

(様式第5号)

(身体障害者 知的障害者 児童)
居宅生活支援費支給決定・利用者負担額決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒

様

恵庭市保健福祉部長

(身体障害者福祉法第17条の5 知的障害者福祉法第15条の6 児童福祉法第21条の11)
の規定に基づき居宅生活支援費の支給について、下記のとおり決定し、居宅受給者証を交付しますので通知します。

記

居宅受給者証 番 号		支給決定障害者 (保護者)氏名	
支 給 決 定 日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
支 給 期 間			
居宅生活支援の 種 別	居宅支援の内容	利用者負担額(月額)	
		本 人	扶養義務者
居 宅 介 護			
デイサービス			
短 期 入 所			
知的障害者 地域生活援助			

特 記 事 項	
---------	--

利 用 者 負 担 額(月額)	居住地		
扶 養 義 務 者 分 対 象 者	氏 名	続 柄	

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60
日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。

問い合わせ先

恵庭市保健福祉部

住 所 恵庭市京町1番地

電話番号 0123-33-3131

(様式第6号)

(身体障害者 知的障害者 児童)			
居宅生活支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書			
〒 様		文 書 番 号	
		年 月 日	
		恵庭市保健福祉部長	
(身体障害者福祉法第17条の5 知的障害者福祉法第15条の6 児童福祉法第21条の11)の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し、あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので、通知します。			
記			
利 用 者 負 担 額 扶養義務者分対象者	居住地 氏 名		
		続柄	
居 宅 受 給 者 証 号		支給決定障害者 (保護者)氏名	
支 給 決 定 日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
支 給 期 間			
居宅生活支援の 種 類	居宅支援の内容	利用者負担額(月額)	
		扶養義務者	本 人
居 宅 介 護			
デイサービス			
短 期 入 所			
知的障害者 地域生活援助			
特 記 事 項			
不服の申立て この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。			
問い合わせ先 恵庭市保健福祉部 住 所 恵庭市京町1番地 電話番号 0123—33—3131			

(様式第7号)

(身体障害者 知的障害者)
施設訓練等支援費支給決定・利用者負担額決定通知書

文	書	番	号
	年	月	日

三

様

恵庭市保健福祉部長

(身体障害者福祉法第17条の11 知的障害者福祉法第15条の12)の規定に基づき施設訓練等支援費の支給について、下記のとおり決定し、施設受給者証を交付しますので通知します。

附記

[illegible]

利用者負担額 扶養義務者分対象者	居住地			
	氏名		続柄	

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。

問い合わせ先

惠庭市保健福祉部

住所 恵庭市京町1番地
電話番号 0123—33—3131

(様式第8号)

(身体障害者 知的障害者)
施設訓練等支援費扶養義務者分利用者負担額決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒

様

恵庭市保健福祉部長

(身体障害者福祉法第17条の11 知的障害者福祉法第15条の12)の規定に基づく支給決定に係る扶養義務者として認定し、あなたが負担すべき費用の額を下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

利用者負担額	居住地	
扶養義務者分対象者	氏 名	続柄

施設受給者証番号		支給決定障害者氏 名
支給決定日		
支給期間		
施設訓練等支援の種類及び内容		
障害程度区分		
利用者負担額 (扶養義務者)(月額)		
利用者負担額 (本人)(月額)		

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。

問い合わせ先

恵庭市保健福祉部

住 所 恵庭市京町1番地
電話番号 0123-33-3131

不支給決定通知書		文 書 番 号 年 月 日
〒 様	恵庭市保健福祉部長	
年 月 日に申請された(身体障害者 知的障害者 児童)(居住生活支援費施設訓練等支援費)の支給については、下記の理由により不支給とすることに決定しましたので通知します。なお、この決定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。		
記		
1 申請事項		
2 不支給の理由		
問い合わせ 恵庭市保健福祉部 住 所 恵庭市京町1番地 電話番号 0123—33—3131		

(様式第10号)

受給者証記載事項変更届		
(あて先) 恵庭市保健福祉部長		
届出年月日 年 月 日		
届出者氏名		
電話番号		
受給者との続柄 ()		
次のとおり、氏名の変更・転居したので届出します。		
氏名変更・転居年月日		年 月 日
住 所	新	
	旧	
氏 名	新	
	旧	
受給者証番号		
特記事項		

(備考) 不要の文字は、抹消すること。

(様式第11号)

転 出 届

(あて先)
恵庭市保健福祉部長

届出年月日 年 月
届出者氏名
電話番号
受給者との続柄 ()

次のとおり、居住地を変更し、転出したので届出します。

受給者証番号		支 援 の 種 類	
フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
受給者氏名		性 別	男 ・ 女
転出先住所 (新 住 所)			
転 出 前 住 所			
特 記 事 項			

(様式第12号)

受給者証再交付申請書

(あて先)
恵庭市保健福祉部長

次のとおり、申請します。

申請者	受給者証番号		申請日	年 月 日
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	居 住 地			
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女
	支 援 の 種 類			
再 交 付 を 申 請 す る 理 由	紛失 破損 その他()			

届出者	フリガナ		☐ 代理人	☐ 代行者
	氏 名		申請者との関係	
	住 所	〒 電話番号		

(様式第13号)

(身体障害者 知的障害者 児童)特例居宅生活支援費支給申請書

【 年 月分】

(あて先) 恵庭市保健福祉部長

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例居宅生活支援費の支給を申請します。

フリガナ 申請者名	印	居宅受給者証番号			
生年月日	年 月 日	性 別	男・女		
支給決定に係る 児童氏名	生年月日	年 月 日	性 別	男・女	
居 住 地	〒 電話番号				
特例居宅生活 支援費請求書	円				

届出者	フリガナ	□代理人		□代行者
	氏 名	申請者との関係		
	住 所	〒 電話番号		

(注) この申請書に該当月分の領収書及びサービス提供証明書を添付してください。

上記に関する特例居宅生活支援費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通 2 当座 3 その他		
			口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード				
	フリガナ					
	口座名義人					

市記入欄

領 収 書 確 認 欄	サ ー ビ ス 提供証明書確認欄	備 考

(様式第14号)

(身体障害者 知的障害者 児童)
特例居宅生活支援費支給(不支給)決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒

様

恵庭市保健福祉部長

先に申請のありました特例居宅生活支援費については、下記のとおり決定しましたので
通知します。

記

居宅受給者証番号		申請者氏名	
----------	--	-------	--

受 付 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
特 例 居 宅 生 活 支 援 費 申 請 額	円		
支 給 決 定 の 内 容			
支 給	☐ する ☐ しない	支 給 金 額	円
不支給・減額の理 由			

不服の申立て

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60日以内に恵庭市長に対し審査請求をすることができます。

問い合わせ先

恵庭市保健福祉部
住 所 恵庭市京町1番地
電話番号 0123—33—3131

(様式第15号)

(身体障害者 知的障害者 児童)支給量変更申請書

(あて先) 恵庭市保健福祉部長
次のとおり申請します。

申請者	居宅受給者証番号		申請年月日	年 月 日		
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名		性 別	男 ・ 女		
	居 住 地					
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	支給決定に係る児童氏名		性 別	男・女	続柄	
サービス利用の状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類、内容等				
	施設サービス	利用中の施設支援の種類、内容等				
	介護保険	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				
変更を申請する居宅支援の種類・内容						
変更を申請する理由						

届出者	フリガナ		☐ 代理人	☐ 代行者
	氏 名		申請者との関係	
	住 所	〒 電話番号		

(様式第16号)

(身体障害者 知的障害者 児童)支給量変更決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒

様

恵庭市保健福祉部長

(身体障害者福祉法17条の7 知的障害者福祉法第15条の8 児童福祉法第21条の13)の
規定に基づき支給量の変更について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

居 宅 受 給 者 証 番 号	
支給決定障害者(保護者) 氏 名	支給決定に係る 児 童 氏 名
変 更 年 月 日	
変 更 後 の サ ー ビ ス の 種 類 、 内 容 及 び 支 給 量	
変 更 の 理 由	

居宅受給者証を恵庭市に提出してください。

提出先 恵庭市保健福祉部
住 所 恵庭市京町1番地
電話番号 0123-33-3131

提出期限 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して
60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。

(様式第17号)

(身体障害者 知的障害者)障害程度区分変更申請書

(あて先)

恵庭市保健福祉部長

次のとおり、申請します。

申請者	施設受給者証番号	フリガナ	申請年月日	年 月 日
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	居 住 地			
	現在の施設支援の種類、内容及び障害程度区分			
変更を申請する理由				

届出者	フリガナ		☐ 代理人	☐ 代行者
	氏 名		申請者との関係	
	住 所	〒 電話番号		

(様式第18号)

(身体障害者 知的障害者)障害程度区分変更決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒
様

恵庭市保健福祉部長

(身体障害者福祉法第17条の12 知的障害者福祉法第15条の13)の規定に基づき障害程度区分の変更について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

施設受給者証番号	
支給決定障害者氏名	
変更年月日	
変更後の障害程度区分	
変更の理由	

施設受給者証を恵庭市福祉課に提出してください。

提出先 恵庭市保健福祉部
住 所 恵庭市京町1番地
電話番号 0123-33-3131

提出期限 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。

(様式第19号)

居宅支給決定取消通知書			
〒 様		文 書 番 号 年 月 日	
		恵庭市保健福祉部長	
〔身体障害者福祉法第17条の8第1項 知的障害者福祉法第15条の9第1項 児童福祉法第21条の14第1項〕の規定により、下記のとおり居宅支給決定を 取り消したので通知します。			
記			
居 宅 受 給 者 証 番 号		支給決定障害者 (保 護 者)氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
取 消 理 由			
居宅受給者証を恵庭市に返還してください。			
返 還 先 恵庭市保健福祉部			
住 所 恵庭市京町1番地			
電話番号 0123—33—3131			
返還期限 年 月 日			
不服の申立て この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算 して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。			

(様式第20号)

施設支給決定取消通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒

様

恵庭市保健福祉部長

〔身体障害者福祉法第17条の13第1項〕
〔知的障害者福祉法第15条の14第1項〕の規定により、下記のとおり施設支給決定を
取り消しましたので通知します。

記

施設受給者証 番 号	支給決定障害者 氏 名
支給決定取消日	
取 消 理 由	

施設受給者証を恵庭市に返還してください。

返 還 先 恵庭市保健福祉部
住 所 恵庭市京町1番地
電話番号 0123—33—3131

返還期限 年 月 日

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算
して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。

(様式第21号)

居宅支援措置決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

様

恵庭市保健福祉部長

㊟

知的障害者福祉法第15条の32第1項の規定による居宅生活支援措置について、次のとおり決定し、居宅受給者証を交付しますので通知します。

記

居宅受給者証 番 号		支給決定障害者 (保護者)氏名	
支 給 決 定 日		支給決定に係る 児 童 氏 名	
支 給 期 間			
居宅支援の種 類	居宅支援の内容	利用者負担額(月額)	
		本人	扶養義務者
居 宅 介 護			
デイサービス			
短 期 入 所			
知的障害者 地域生活援助			

特 記 事 項	
---------	--

利 用 者 負 担 額	居住地		
扶養義務者分対象者	氏 名		続柄

不服の申立て

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。

問い合わせ先

恵庭市保健福祉部

住所 恵庭市京町1番地

電話番号 0123-33-3131

(様式第22号)

居宅支援措置委託決定通知書

文書番号
年 月 日

様

恵庭市保健福祉部長



知的障害者福祉法第15条の32第1項の規定により、次の者の居宅支援措置を貴事業所に委託することに決定しましたので通知します。

記

1 住 所

2 氏 名 年 月 日生 男・女

3 委 託 期 間

4 負 担 金 本人 円 扶養義務者 円

5 委 託 費 用

6 措置費請求方法

7 措置費支払方法

8 そ の 他

(様式第23号)

施 設 入 所 措 置 決 定 通 知 書

文書番号
年 月 日

様

恵庭市保健福祉部長



あなたは、下記施設に入所できることになりましたのでお知らせします。

記

1 施 設 種 別

2 施 設 名

3 入所年月日

年 月 日

(様式第24号)

施設入所措置委託決定通知書

文書番号
年 月 日

様

恵庭市保健福祉部長



知的障害者福祉法第16条第1項第2号の規定にもとづき、次の者を貴施設に入所委託することになりましたのでお知らせします。

記

- 1 氏 名 年 月 日生 男・女
- 2 住 所
- 3 入所委託期間
- 4 負 担 金 本人 円、 扶養義務者 円
- 5 委 託 費 用
- 6 措置費請求方法
- 7 措置費支払方法
- 8 そ の 他

(様式第25号)

居宅支援・施設入所措置変更(解除)決定通知書

文書番号
年 月 日

様

恵庭市保健福祉部長



あなたに対する居宅支援・施設入所の措置を、次のとおり変更(解除)決定したので通知します。

1 変更

変 更 内 容	
理由	

2 解除

措置解除年月日	年 月 日
理由	
この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。	

(備考) 不要の文字は、抹消すること。

(様式第26号)

居宅支援・施設入所措置委託変更(解除)決定通知書

文書番号
年 月 日

様

恵庭市保健福祉部長



次の者に対する居宅支援・施設入所の措置を、次のとおり変更(解除)したので通知します。

住 所			
氏 名		生 年 月 日	年 月 日

1 変更

変 更 内 容	
理由	

2 解除

措置解除年月日	年 月 日
理由	

(備考) 不要の文字は、抹消すること。

(様式第27号)

居宅生活支援費支給管理台帳 (身体障害者 知的障害者 児童)

居宅受給者番号		支給決定障害者(保護者)氏名		支給決定に係る児童氏名		支給決定に係る扶養義務者	
居宅支援の種類	居宅介護		サービス		無期入所		知的障害者地域生活援助
支給決定日							
支給期間							
居宅支援の内容							
利用者負担額(本人)	段階	額	段階	額	段階	額	
利用者負担額(扶養義務者)	段階	額	段階	額	段階	額	
特記事項							

支給量変更

申請機	申請日	居宅支援の種類	サービス内容	変更後支給量	変更決定(却下)日	変更決定(却下)理由	備考

利用者負担額に関する変更

変更日	変更内容(本人)		変更内容(扶養義務者)				変更理由	備考
	段階	額	氏名	続柄	段階	額		

(様式第28号)

施設訓練等支援費支給管理台帳 (身体障害者 知的障害者)

施設受給者証番号								支給決定障害者 氏名		支給決定に係る 扶養義務者氏名		(就座)
支給決定日								支給期間				
施設支援の種別 及び内容												
障害程度区分				利用者負担額	本人 陪添及び額				扶養義務者 陪添及び額			

利用者負担額決定・変更

改定・変更日	本人		扶養義務者				改定・変更理由
	陪添	額	氏名	陪添	陪添	額	

障害程度区分変更

申請・照会	申請日	変更後障害程度区分	変更決定(却下)日	変更決定(却下)理由

(様式第29号)

		受付年月日		整理番号	
知的障害者職親申込書					
年 月 日					
(あて先) 恵庭市保健福祉部長					
申込者住所					
(電話)					
氏 名					
年 月 日生					
知的障害者福祉法施行規則第39条に規定する職親になりたいので次のとおり申し込みます。					
① 希望する知的障害者の数、能力等についての条件	通	男	人		
		女	人		
	住込み	男	人		
		女	人		
② 指導訓練事項			③ 委託終了後の雇用予定		
④ 事業所等の名称及び所在地					
⑤ 事業の種類					
⑥ 従業員数	男	人	女	人	計 人
⑦ 世帯構成人員	家族	人	同居者	人	計 人
⑧ 住居の規模及び構造	敷地面積	m ²		木造その他の別	
	建築面積	m ²		平屋二階建の別	
⑨ 職親希望の動機及び知的障害者を使用した経験の有無					

注 氏名欄について自筆により署名する場合は押印は不要です。

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

(様式第30号)

職視登録簿

登録		職視			事業所			指導訓練事項	希望条件
番号	年月日	氏名	生年月日	住所	所在地	従業員数	事業の種類		

(様式第31号)

文 書 番 号
年 月 日

住 所
氏 名 様

恵庭市長



職 親 申 込 承 認 通 知 書

年 月 日付けで申込みをされました、知的障害者福祉法第16条第1項第3号の職親
について、これを承認しますので通知いたします。

登録年月日 年 月 日
登 録 番 号 第 号

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

(様式第32号)

文 書 番 号

年 月 日

住 所

氏 名

様

恵庭市保健福祉部長



職親申込不承認通知書

年 月 日付で、知的障害者福祉法施行規則第39条の職親の申込みをされましたが、
下記の理由により職親として認められませんので通知いたします。

記

(注) この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から
起算して60日以内に、恵庭市長に対して審査請求をすることができます。

(備考) この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

(様式第33号)

知的障害者職親台帳					
職親について	氏 名		現在の職業 (事業の種類)		
	生 年 月 日	年 月 日生	その経験年数		
			従 来 の 職 歴		
	現 住 所		事業所等の名称		
	交 通 目 標 及 び 電 話		所 在 地		
	健 康 状 態		交 通 目 標 及 び 電 話		
	性 格		知的障害者に対する理解程度		
事業所について	知的障害者職親希望の動機		世帯構成人員		
	作 業 場 所				
	事 業 内 容				
	従 業 人 員	男 人 女 人 計 人			
	規 模 及 び 構 造	敷 地 平方メートル ル建坪	平方メートル ル	木造その他 の別	平屋二階建 の別
	世 帯 構 成 人 員	家族人員 人 同居人 人 計 人 内稼動人員 人			
委託について	希 望 の 知 的 障 害 者	人員 男 人 女 人 年齢 男 女 歳～ 歳～ 歳			
	住み込み、通い 宿 舎 の 有 無	住み込み 通い 宿舎の有無			
	作 業 条 件				
	予 定 期 間				
	更正援護に関する方針及び計画				
決定事項	知的障害者氏名	歳 男 女	歳 男 女	歳 男 女	
	委 託 日 時				
	委 託 期 間				
	委 託 条 件				
	そ の 他				
取 扱 責 任 者					

(様式第34号)

知的障害者職親委託申込書

年 月 日

(あて先) 恵庭市保健福祉部長

住 所

氏 名



知的障害者福祉法施行規則第39条に規定する職親への委託を希望するので申し込みます。

	希 望 す る 職 種	通い・住込みの別
希 望 事 項		

(注) 氏名欄について自筆により署名する場合は押印は不要です。

(備考) この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

(様式第35号)

文 書 番 号
年 月 日

住 所

氏 名 様

恵庭市保健福祉部長



職親委託決定通知書

あなたを次の職親に委託することに決定しましたので通知します。

- 1 職親の氏名 年 月 日生 男・女
- 2 職親の住所
- 3 指導訓練を受ける場所
- 4 指導訓練を受ける事項
- 5 通い・住込みの別
- 6 委託予定期間

(様式第36号)

費用徴収額変更申請書

年 月 日

恵庭市保健福祉部長 様

(申請者) 住所
氏名

次の理由により、費用徴収額の減額・免除を申請します。

対 象 者 氏 名	申請者との続柄()	費用徴収を 伴うサービス 等	
現 行 負 担 金	円	希 望 負 担 額	
		減額 期間 免除	年 月から 年 月まで
申 請 の 理 由			
調 査 員 意 見			

注 この書類には、事実を証明する関係書類を添付してください。

(様式第37号)

文 書 番 号
年 月 日

様

恵庭市保健福祉部長



費用徴収額決定・変更通知書

年 月 日付で申請がありました費用徴収額変更については、次のとおり承認しましたので通知します。

記

- | | | |
|-------------|-------------|---|
| 1 減額・免除の金額 | 月額 | 円 |
| 2 今後徴収する金額 | 月額 | 円 |
| 3 減額・免除する期間 | 年 月から 年 月まで | |