

燕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 7 年 3 月 3 日

燕市長 鈴木 力

燕市規則第 6 号

燕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

燕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19年燕市規則第35号)の一部を次のように改正する。

様式第1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												
燕市長様 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				生年月日		年 月 日					
	個人番号				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				生年月日		年 月 日					
	児童氏名				生年月日		年 月 日					
	個人番号				生年月日		年 月 日					
	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B型のサービスを申請する者に限る。） 有・無												
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		区分等		有効期間			
			1 2 3 4 5 6		非該当							
利用中のサービスの種類と内容等												
サービス利用の状況	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	
			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					
	訪問系・その他		介護給付費		訓練等給付費		※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、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か否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。					
			<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"/> 同行援護		/							
			<input type="checkbox"/> 行動援護									
			<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									
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）								
		<input type="checkbox"/> 共同生活援助※		<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型								
地域相談支援		<input type="checkbox"/> 地域移行支援		<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型								
		<input type="checkbox"/> 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、燕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80万円以下のもの 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	
	<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）
	<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）
<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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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		

様式第3号を次のように改める。

様式第3号(第5条関係)

(一)		(二)		(三)	
障害福祉サービス受給者証		介護給付費の支給決定内容		サービス種別	
受給者証番号		障害支援区分		支給量等	
支給決定障害者等	居住地	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間	
	フリガナ	サービス種別		サービス種別	
	氏名	支給量等		支給量等	
	生年月日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間	
障害児	フリガナ	サービス種別		支給決定期間	
	氏名	支給量等		年 月 日から 年 月 日まで	
	生年月日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	サービス種別	
障害種別		サービス種別		支給量等	
交付年月日	年 月 日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給決定期間	
支給市町村名及び印	新潟県燕市 	サービス種別		支給決定期間	
		支給量等		年 月 日から 年 月 日まで	
		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	予備欄	
		予備欄			

(四)		(五)		(六)	
訓練等給付費の支給決定内容		計画相談支援給付費の支給内容		利用者負担に関する事項	
障害支援区分		支給期間		負担上限月額	
認定有効期間		年 月 日から 年 月 日まで		円	
サービス種別		指定特定相談支援事業所名		適用期間	
支給量等		モニタリング期間		年 月 日から 年 月 日まで	
支給決定期間		予備欄		食事提供体制加算対象者	
サービス種別				適用期間	
支給量等				年 月 日から 年 月 日まで	
支給決定期間		特定障害者特別給付費の支給内容		利用者負担上限額管理対象者該当の有無	
サービス種別		施設入所支援		利用者負担上限額管理事業所名	
支給量等		支給額			
支給決定期間		適用期間		特記事項欄	
予備欄		共同生活援助又は重度障害者等包括支援			
		支給額		予備欄	
		適用期間		年 月 日から 年 月 日まで	
		予備欄			

(七) 訪問系サービス事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称	サービス内容	事業者確認印
1	契約支給量(ノ月)	月 時間 分	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(ノ月)	月 時間 分	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(ノ月)	月 時間 分	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			

(八) 訪問系サービス事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称	サービス内容	事業者確認印
4	契約支給量(ノ月)	月 時間 分	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
5	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(ノ月)	月 時間 分	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
6	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(ノ月)	月 時間 分	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			

(九) 短期入所事業者実績記入欄					
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	日数	月累計	事業者確認印
1		年 月 日から			
		年 月 日まで			
2		年 月 日から			
		年 月 日まで			
3		年 月 日から			
		年 月 日まで			
4		年 月 日から			
		年 月 日まで			
5		年 月 日から			
		年 月 日まで			
6		年 月 日から			
		年 月 日まで			
7		年 月 日から			
		年 月 日まで			
8		年 月 日から			
		年 月 日まで			
9		年 月 日から			
		年 月 日まで			
10		年 月 日から			
		年 月 日まで			
11		年 月 日から			
		年 月 日まで			
12		年 月 日から			
		年 月 日まで			

(十) 生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称	サービス内容	事業者確認印
1	契約支給量(ノ月)	日	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量		
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(ノ月)	日	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量(ノ月)	日	事業者確認印
	契約日	年 月 日	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印	
サービス提供終了月中の終了日までの既提供量			

(十一) 療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄			
番号	事業者及びその事業所の名称	入所(居)日	事業者確認印
1		入所(居)日	事業者確認印
		年 月 日	
2		退所(居)日	事業者確認印
		年 月 日	
		入所(居)日	事業者確認印
		年 月 日	
		退所(居)日	事業者確認印
		年 月 日	
予備欄			

(十三)	(十四)	
<p style="text-align: center;">注意事項欄</p> <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 指定障害福祉サービス等又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス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 療養介護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。）等及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。</p> <p>4 指定障害福祉サービス等を受けるときに支払う金額は、当該支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該定める額が、指定障害福祉サービス等に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の総額の1割相当の額）です。ただし、六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となります（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。）。また、食事等に要する費用について、特定障害者特別給付費欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。なお、基準該当障害福祉サービスを受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額及び特定障害者特別給付費については、毎年利用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。</p> <p>6 支給決定期間を経過したときは介護給付費等の支給を受けられませんので、支給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。</p>	<p style="text-align: center;">注意事項欄</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、他の種類の障害福祉サービス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。（サービスの種類によっては、障害支援区分の（変更）認定を受ける必要があります。）</p> <p>8 この証の一、六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。</p> <p>9 支給決定期間内に、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。</p> <p>また、支給決定期間内に、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。</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、速やかに市町村に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。</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 支給決定の内容欄に記載されていない障害福祉サービスについては、介護給付費等の支給は受けられません。</p>	

様式第5号を次のように改める。

様式第5号（第6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												
燕市長様 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											
	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B型のサービスを申請する者に限る。）										有・無	
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		区分等 1 2 3 4 5 6		有効期間				
	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												
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			※共同生活援助（グループホーム）のサービスを申請する者については、希望する事業所の種類（指定共同生活援助事業所・日中サービス支援型指定共同生活援助事業所・外部サービス利用型指定共同生活援助事業所の別）及び入浴、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か否かのほか必要な事項（サテライト型住居の利用意向等）を記載する。				
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護			<input type="checkbox"/> 自立生活援助							
		<input type="checkbox"/> 同行援護			/							
		<input type="checkbox"/> 行動援護										
		<input type="checkbox"/> 短期入所										
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援			<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）								
	日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護			<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）							
		<input type="checkbox"/> 生活介護			<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			<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型									
居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援			<input type="checkbox"/> 共同生活援助※								
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援											
	<input type="checkbox"/> 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、燕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80万円以下のもの 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	
	<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）
	<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）
	<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（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 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		

様式第15号を次のように改める。

様式第15号(第13条関係)

介護給付費等利用者負担額減額・免除認定証

(表面)

介護給付費等利用者負担額減額・免除認定証		
交付年月日 年 月 日		
受 給 者	番 号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日
	適 用 年 月 日	年 月 日から
	有 効 期 限	年 月 日まで
減 額 ・ 免 除 認 定 事 項	給付率 /100	
支 給 市 町 村 名 及 び 印	新潟県燕市 印	

(裏面)

注 意 事 項

- 一 障害福祉サービスを受けるときは、必ず事前に、この認定証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 二 障害福祉サービスを受けるときに支払う金額は、サービス費用からサービス費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。
- 三 減額・免除の認定の要件に該当しなくなったとき、又は減額・免除認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を市に返してください。
- 四 この証の表面の記載事項に変更があったときは、十四日以内に、この証を添えて、市にその旨を届け出てください。
- 五 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として処分を受けます。

様式第18号を次のように改める。

様式第18号（第15条、第17条関係）

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）※1													
受診者	フリガナ							年齢	歳	生 年 月 日			
	氏 名									明治 大正 昭和 平成 年 月 日			
	フリガナ							電話番号					
	住 所												
個人番号													
負担額に関する事項	受診者の加入医療保険の記号及び番号							保険者名					
	受診者と同一保険の加入者	氏名							個人番号				
該当する所得区分 ※3	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上						重度かつ継続 ※4	該当・非該当					
身体障害者手帳番号							受給者番号 ※5						
受診を希望する指定自立支援医療機関（薬局・訪問看護事業者を含む）	医療機関名						所在地・電話番号						
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費（更生医療）の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 ※6</p> <p>年 月 日</p> <p>燕 市 長 様</p>													

- ※1 該当する医療の種類及び新規・変更（自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合）のいずれかに○をする。
- ※2 受診者本人と異なる場合に記入。
- ※3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※5 再認定または変更の方のみ記入。
- ※6 申請者氏名については、自筆による署名をすること。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

自治体記入欄			
申請受付年月日		進達年月日	
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	認定年月日	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続	該当・非該当
所得確認書類	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証 生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（ ）		
前回の受給者番号		今回の受給者番号	
前回の有効期限		月額自己負担上限額	
診断書の提出	医療用（1年目）・医療用（2年目）・手帳用（1年目）・手帳用（2年目）・手帳で新規		
備考			

(裏面)

<所得の区分に関するチェックシート>

※ 以下の質問中の「世帯」とは、自立支援医療を受診する方が加入している医療保険が健康保険や共済組合の場合には扶養・被扶養の関係にある方全員、国民健康保険の場合には一緒に国民健康保険に加入している方全員をいいます。

○ 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」に関する質問

- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、生活保護の認定を受けていますか。
  - ・受けている：「生保」に○をしてください。
  - ・受けていない：2へ
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」は、市町村民税（均等割か所得割のいずれか又は両方）が課税されていますか。
  - ・課税されていない：3へ（市町村民税非課税証明書をご用意ください。）
  - ・課税されている：4へ（市町村民税の課税額が分かる証明書をご用意ください。）
- 自立支援医療を受診する方の収入が    万円以下ですか。（自立支援医療を受診する方が18歳未満の場合にはその保護者の収入が保護者全員それぞれ    万円以下ですか。）  
（※収入とは障害年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等を含めた収入の合計額）
  - ・    万円以下：「低1」に○をしてください。
  - ・    万円を超える：「低2」に○をしてください。
- 自立支援医療を受診する方が属する「世帯」のうち、加入している医療保険の保険料を納付している方が納めている市町村民税額（所得割のみ）は、以下のどの金額に該当しますか。
  - ・市町村民税額（所得割）    万円未満：「中間1」に○をしてください。
  - ・市町村民税額（所得割）    万円未満：「中間2」に○をしてください。
  - ・市町村民税額（所得割）    万円以上：「一定以上」に○をしてください。
- 「重度かつ継続」（※下記参照）に該当しますか。
  - ・該当する：「重度かつ継続」の「該当」に○をしてください。
  - ・該当しない：「重度かつ継続」の「非該当」に○をしてください。

※ 「重度かつ継続」の対象範囲

- 精神通院医療・・・統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、  
認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）、  
3年以上の精神医療の経験を有する医師によって、集中的・継続的な通院医療を要すると判断された者
- 更生医療・・・腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害
- 医療保険の高額療養費で多数該当の方

	一定所得以下			中間的な所得		一定所得以上
	「生保」	「低1」	「低2」	「中間1」	「中間2」	「一定以上」
円						公費負担の対象外 (医療保険の負担割合・負担限度額)

様式第20号を次のように改める。

様式第20号(第16条関係)

(表面)

自立支援医療受給者証(更生医療)										
公費負担者番号										
自立支援医療費受給者番号										
受 診 者	フリガナ							生年月日		
	氏名							年 月 日		
	フリガナ									
	住所									
	加入医療保険の 記号及び番号						保険者名			
	重度かつ継続	該当 ・ 非該当								
保護者(受診者が18歳未満の場合 記入)		フリガナ						続柄		
		氏名								
		フリガナ								
		住所								
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所				所在地・ 電話番号					
	薬 局				所在地・ 電話番号					
	訪問看護事業者				所在地・ 電話番号					
自己負担上限額		月額		円						
有効期間		年 月 日 から		年 月 日まで						
上記のとおり認定する。										
年 月 日		燕市長						印		

(裏面)

自立支援医療受給者証(対象となる障害名及び医療の具体的方針)			
公費負担の対象となる障害		重度かつ継続	該当・非該当
医療の具体的方針			
特定疾病療養受療証		有・無	

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口へ提出すること。

様式第23号を次のように改める。

様式第23号（第19条関係）

自立支援医療受給者証記載事項変更届出書（更生医療）

受 診 者	フリガナ											生年月日
	氏名											年 月 日
	フリガナ											電話番号
	住所											
	個人番号											
自立支援医療費受給者番号												
受給者証の有効期限		年 月 日 から					年 月 日 まで					
変 更 内 容	事項	変 更 前					変 更 後					
	受診者の氏名、住所又は電話番号											
	保護者の氏名、住所又は電話番号											
	加入医療保険の記号及び番号、保険者名又は受診者と同一の保険に加入する者の名前											
身体障害者手帳の番号												
備考												
<p>上記のとおり支給認定の申請内容を変更したので、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令第32条第1項の規定により、届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>燕市長 様</p> <p style="text-align: right;">届出者氏名</p>												

附 則

この規則は、公布の日から施行し、令和6年12月2日から適用する。