

○函館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18年3月31日

規則第58号

改正 平成18年9月29日規則第116号

平成18年12月7日規則第121号

平成19年3月28日規則第19号

平成20年7月1日規則第67号

平成22年3月29日規則第19号

平成22年3月31日規則第40号

平成23年9月29日規則第47号

平成24年3月30日規則第47号

平成24年9月28日規則第86号

平成25年3月29日規則第37号

平成25年6月21日規則第54号

平成26年3月28日規則第16号

平成26年5月14日規則第37号

平成26年9月25日規則第64号

平成27年12月28日規則第69号

平成28年3月31日規則第49号

平成29年7月18日規則第38号

平成30年3月20日規則第22号

平成30年9月25日規則第54号

令和2年6月30日規則第48号

令和3年5月19日規則第38号

令和4年2月28日規則第4号

令和4年4月1日規則第26号

令和5年5月18日規則第27号

(趣旨)

第1条 この規則は、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（平成17年法律第123号。以下「法」という。）の施行について、別に定めるもののほか、必要な細則を定めるものとする。

(介護給付費等支給申請書等)

第2条 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規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「施行規則」という。）第7条第1項、第34条の3第1項および第34条の31第1項の申請書は、別記第1号様式によらなければならない。

2 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（平成18年政令第10号。以下「政令」という。）第10条第3項の規定による通知は、別記第1号様式の2の通知書によりするものとする。

3 市長は、第1項の申請書により介護給付費等の支給決定または地域相談支援給付決定に係る申請があった場合において、支給決定または地域相談支援給付決定をしたときは別記第2号様式の通知書にこれらの決定に係る法第22条第8項に規定する障害福祉サービス受給者証（以下「障害福祉サービス受給者証」という。）または法第51条の7第8項に規定する地域相談支援受給者証（以下「地域相談支援受給者証」という。）を添えて、支給決定または地域相談支援給付決定をしないときは別記第3号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

4 障害福祉サービス受給者証は、別記第4号様式によるものとする。

5 地域相談支援受給者証は、別記第4号様式の2によるものとする。

6 市長は、法第70条第1項の規定により支給決定障害者に療養介護医療費を支給しようとするときは、当該支給決定障害者に別記第4号様式の3の療養介護医療受給者証を交付するものとする。

7 療養介護医療受給者証の交付を受けた支給決定障害者は、法第70条第1項の規定により指定療養介護医療を受けるに当たっては、そのつど、指定障害福祉サービス事業者等に対して療養介護医療受給者証を提示しなければならない。

(サービス等利用計画案の提出の依頼の通知)

第2条の2 施行規則第12条の3（施行規則第19条第2項において準用する場合を含む。）および第34条の37の規定による通知は、別記第4号様式の4の依頼書によりするものとする。

(支給決定の変更の申請書等)

第3条 施行規則第17条の申請書は、別記第5号様式によらなければならない。

2 施行規則第18条第1項の規定による通知は、別記第6号様式の通知書によりするものとする。

3 市長は、第1項の申請書により申請があった場合において、支給決定の変更をしないこ

とと決定したときは、前項の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

- 4 市長は、支給決定障害者等（法第5条第23項に規定する支給決定障害者等をいう。以下同じ。）について、法第24条第4項の規定により障害支援区分の変更の認定をしたときは、別記第6号様式の2の通知書により当該支給決定障害者等に通知するものとする。
（支給決定等の取消しの通知等）

第4条 施行規則第20条第1項および第34条の49第1項の規定による通知は、別記第7号様式の通知書によりするものとする。

- 2 前項の通知を受けた者が療養介護医療受給者証の交付を受けている場合には、当該通知に係る受給者証の返還期限までにこれを返還しなければならない。
（支給決定等の申請内容の変更の届出書等）

第5条 施行規則第22条第1項および第34条の48第1項の届出書は、別記第8号様式によらなければならない。

- 2 市長は、前項の届出書により届出があった場合は、当該届出に係る障害福祉サービス受給者証または地域相談支援受給者証の記載事項を変更し、当該届出をした者に返還するものとする。
- 3 第1項の届出書により届出をしようとする者が療養介護医療受給者証の交付を受けている場合には、当該届出書にこれを添付しなければならない。この場合においては、前項の規定を準用する。

（転出の届出等）

第6条 支給決定障害者等または支給認定障害者等（法第54条第3項に規定する支給認定障害者等をいう。以下同じ。）は、法第23条に規定する支給決定の有効期間または法第55条に規定する支給認定の有効期間内において他の市町村の区域に居住地を移した場合は、別記第9号様式の届出書により市長に届け出なければならない。

- 2 市長は、前項の規定による届出があった場合は、当該届出をした者に障害支援区分の認定を受けた者であることを証する別記第9号様式の2の証明書を交付するものとする。
（障害福祉サービス受給者証等の再交付の申請書等）

第7条 施行規則第23条第1項および第34条の50第1項の申請書は、別記第10号様式によらなければならない。

- 2 療養介護医療受給者証の交付を受けた支給決定障害者は、支給決定の有効期間内において、当該療養介護医療受給者証を破り、汚し、または失ったときは、別記第10号様式の申請書により市長に申請し、再交付を受けることができる。

(特例介護給付費等の支給の申請書等)

第8条 施行規則第31条第1項、第34条の4第1項および第34条の53第1項の申請書は、別記第11号様式によらなければならない。

- 2 市長は、前項の申請書により申請があった場合は、特例介護給付費、特例訓練等給付費、特例特定障害者特別給付費または特例地域相談支援給付費の支給の要否を決定し、その旨を別記第12号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

(特定障害者特別給付費の額の変更の通知等)

第9条 施行規則第34条の5第1項の規定による通知は、別記第13号様式の通知書によりするものとする。

- 2 施行規則第34条の6第2項の規定による通知は、別記第14号様式の通知書によりするものとする。

(計画相談支援給付費の支給の申請書等)

第9条の2 施行規則第34条の54第1項の申請書は、別記第14号様式の2によらなければならない。

- 2 前項の申請書により市長に申請をしようとする者は、当該申請の際に、法第5条第22項に規定するサービス利用支援を受ける法第51条の20第1項の規定による指定に係る特定相談支援事業所を別記第14号様式の3の届出書により市長に届け出なければならない。
- 3 市長は、第1項の申請書により申請があった場合は、計画相談支援給付費の支給の要否を決定し、その旨を別記第14号様式の4の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。
- 4 支給決定障害者等は、法第5条第23項に規定する継続サービス利用支援を受ける法第51条の20第1項の規定による指定に係る特定相談支援事業所を変更したときは、別記第14号様式の3の届出書により市長に届け出なければならない。
- 5 市長は、施行規則第6条の16に規定する市町村が必要と認める期間を変更したときは、別記第14号様式の5の通知書により計画相談支援対象障害者等（法第51条の17第1項に規定する計画相談支援対象障害者等をいう。）に通知するものとする。
- 6 施行規則第34条の55第2項の規定による通知は、別記第14号様式の6の通知書によりするものとする。

(自立支援医療費の支給認定等の申請書等)

第10条 施行規則第35条第1項および第45条第1項の申請書は、別記第15号様式によらなければならない。

- 2 政令第1条の2第1号に規定する育成医療に係る施行規則第35条第2項第1号の医師の意見書は、別記第16号様式によらなければならない。
 - 3 市長は、第1項の申請書により申請があった場合（支給認定の変更に係るものを除く。）において、自立支援医療費の支給認定をしたときは別記第17号様式の通知書に法第54条第3項に規定する自立支援医療受給者証（以下「医療受給者証」という。）を添えて、支給認定をしないときは別記第18号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。
 - 4 市長は、第1項の申請書により申請があった場合（支給認定の変更に係るものに限る。）において、支給認定の変更の認定をしたときは別記第19号様式の、変更の認定をしないときは別記第20号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。
 - 5 医療受給者証は、別記第21号様式によるものとする。
（支給認定の申請内容の変更の届出書等）
- 第11条 施行規則第47条第1項の届出書は、別記第22号様式によらなければならない。
- 2 市長は、前項の届出書により届出があった場合は、当該届出に係る支給認定障害者等の医療受給者証の記載事項を変更し、当該届出をした者に返還するものとする。
（医療受給者証の再交付の申請書）
- 第12条 施行規則第48条第1項の申請書は、別記第23号様式によらなければならない。
（支給認定の取消しの通知）
- 第13条 施行規則第49条第1項の規定による通知は、別記第24号様式の通知書によりするものとする。
（指定自立支援医療機関の指定の申請書等）
- 第14条 施行規則第57条第1項の申請書は、別記第25号様式によらなければならない。
- 2 施行規則第57条第2項の申請書は、別記第26号様式によらなければならない。
 - 3 施行規則第57条第3項の申請書は、別記第27号様式によらなければならない。
 - 4 法第59条第1項の規定により指定を受けた指定自立支援医療機関（病院または診療所に限る。）の開設者は、その担当する医療の種類を変更しようとするときは、別記第25号様式の申請書により市長に申請し、その承認を受けなければならない。
 - 5 法第60条第1項の規定により指定の更新を受けようとする指定自立支援医療機関の開設者は、病院または診療所にあつては別記第25号様式の申請書により、薬局にあつては別記第26号様式の申請書により、指定訪問看護事業者等にあつては別記第27号様式の申請書により市長に申請しなければならない。

(指定自立支援医療機関の変更等の届出書等)

第15条 法第64条の規定による届出は、別記第28号様式の届出書によりしなければならない。

2 施行規則第63条の規定による届出は、別記第29号様式の届出書によりしなければならない。

3 政令第40条の規定による届出は、別記第30号様式の届出書によりしなければならない。

(指定自立支援医療機関の指定の取消し等の通知)

第16条 市長は、法第68条第1項の規定により指定自立支援医療機関の指定の取消し等をした場合は、別記第31号様式の通知書により当該指定自立支援医療機関の開設者等に通知するものとする。

(補装具費の支給の申請書等)

第16条の2 施行規則第65条の7第1項の申請書は、別記第31号様式の2によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合において、法第76条第1項の規定による補装具費支給対象障害者等の認定をするときは別記第31号様式の3の通知書に別記第31号様式の4の補装具費支給券を添えて、認定をしないときは別記第31号様式の5の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

3 前項の補装具費支給券の交付を受けた補装具費支給対象障害者等は、これを当該支給に係る補装具の販売事業者、貸付事業者または修理事業者に提出し、補装具の購入、借受けまたは修理を行わなければならない。

(高額障害福祉サービス等給付費の支給の申請書等)

第16条の3 施行規則第65条の9の2第1項の申請書は、別記第31号様式の6によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合は、高額障害福祉サービス等給付費の支給の要否を決定し、その旨を別記第31号様式の7の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

(障害福祉サービス事業等の開始等の届出)

第17条 法第79条第2項の規定による届出は、別記第32号様式の届出書によりしなければならない。

2 法第79条第3項の規定による届出は、別記第33号様式の届出書によりしなければならない。

3 法第79条第4項の規定による届出は、別記第34号様式の届出書によりしなければならない。

(指定自立支援医療機関台帳)

第18条 市長は、次の各号に掲げる指定自立支援医療機関の区分に応じ、当該各号に定める様式の台帳を備え、必要な事項を記載しておくものとする。

- (1) 病院および診療所 別記第35号様式
 - (2) 薬局 別記第36号様式
 - (3) 指定訪問看護事業者等 別記第37号様式
- (補則)

第19条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

- 1 この規則は、平成18年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の日前に法附則第24条の規定によりなされた手続その他の行為は、この規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則 (平成18年9月29日規則第116号)

- 1 この規則は、平成18年10月1日から施行する。
- 2 函館市児童福祉法に基づく補装具の交付等に関する規則(平成12年函館市規則第48号)は、廃止する。

附 則 (平成18年12月7日規則第121号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則 (平成19年3月28日規則第19号)

- 1 この規則は、平成19年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第1号様式および別記第5号様式の規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第1号様式および別記第5号様式の規定に基づき提出された申請書とみなす。

附 則 (平成20年7月1日規則第67号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第15号様式および別記第31号様式の2の規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第15号様式および別記第31号様式の2(これらの様式中調査についての同意に係る部分を除く。)の規定に基づき提出された申請書とみなす。

附 則（平成22年 3 月 29日規則第19号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成22年 3 月 31日規則第40号）

この規則は、平成22年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成23年 9 月 29日規則第47号）

- 1 この規則は、平成23年10月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第 1 号様式および別記第 5 号様式の規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第 1 号様式および別記第 5 号様式の規定に基づき提出された申請書とみなす。

附 則（平成24年 3 月 30日規則第47号）

- 1 この規則は、平成24年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第13号様式の規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第31号様式の 6（調査についての同意に係る部分を除く。）の規定に基づき提出された申請書とみなす。

附 則（平成24年 9 月 28日規則第86号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に提出されている指定自立支援医療機関の指定の更新に係る申請書は、この規則の相当規定により提出された申請書とみなす。

附 則（平成25年 3 月 29日規則第37号）

この規則は、平成25年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成25年 6 月 21日規則第54号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第 1 号様式、別記第 5 号様式および別記第31号様式の 2 の規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第 1 号様式、別記第 5 号様式および別記第31号様式の 2 の規定に基づき提出された申請書とみなす。

附 則（平成26年 3 月 28日規則第16号）

- 1 この規則は、平成26年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第 1 号様式および別記第 5 号様式の規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第 1 号様式および別記第 5 号様式の規定に基づき提出された申請書とみなす。

附 則（平成26年 5 月 14日規則第37号）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第1号様式および別記第5号様式の規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第1号様式および別記第5号様式の規定に基づき提出された申請書とみなす。

附 則（平成26年9月25日規則第64号）

この規則は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成27年12月28日規則第69号）

- 1 この規則は、平成28年1月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第10号様式、別記第11号様式、別記第14号様式の2、別記第15号様式、別記第23号様式、別記第31号様式の2および別記第31号様式の6の規定に基づき提出されている申請書ならびに改正前の別記第8号様式、別記第14号様式の3および別記第22号様式の規定に基づき提出されている届出書は、改正後の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第10号様式、別記第11号様式、別記第14号様式の2、別記第15号様式、別記第23号様式、別記第31号様式の2および別記第31号様式の6（同様式の調査についての同意に係る部分を除く。）の規定に基づき提出された申請書ならびに改正後の別記第8号様式、別記第14号様式の3および別記第22号様式の規定に基づき提出された届出書とみなす。

附 則（平成28年3月31日規則第49号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成29年7月18日規則第38号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（平成30年3月20日規則第22号）

- 1 この規則は、平成30年4月1日から施行する。ただし、別記第31号様式の5の改正規定は、公布の日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第31号様式の2および別記第31号様式の6の規定に基づき提出されている申請書ならびに改正前の別記第31号様式の4の規定に基づき交付されている支給券は、改正後の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第31号様式の2および別記第31号様式の6の規定に基づき提出された申請書ならびに改正後の別記第31号様式の4の規定に基づき交付された支給券とみなす。

附 則（平成30年9月25日規則第54号）

- 1 この規則は、平成30年10月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第25号様式から別記第27号様式までの規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第25号様式から別記第27号様式までの規定に基づき提出された申請書とみなす。

附 則（令和2年6月30日規則第48号）

- 1 この規則は、令和2年7月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第11号様式、別記第14号様式の2、別記第15号様式、別記第23号様式および別記第31号様式の6の規定に基づき提出されている申請書、改正前の別記第9号様式の2の規定に基づき交付されている証明書ならびに改正前の別記第21号様式の規定に基づき交付されている受給者証は、改正後の別記第1号様式、別記第5号様式、別記第11号様式、別記第14号様式の2、別記第15号様式、別記第23号様式および別記第31号様式の6の規定に基づき提出された申請書、改正後の別記第9号様式の2の規定に基づき交付された証明書ならびに改正後の別記第21号様式の規定に基づき交付された受給者証とみなす。

附 則（令和3年5月19日規則第38号）

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- （経過措置）
- 2 この規則の施行の際現に改正前の別記第15号様式および別記第25号様式から別記第27号様式までの規定に基づき提出されている申請書は、改正後の別記第15号様式および別記第25号様式から別記第27号様式までの規定に基づき提出された申請書とみなす。
 - 3 この規則の施行の際現に改正前の函館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規定に基づいて作成されている用紙は、当分の間、適宜修正のうえ使用することができる。

附 則（令和4年2月28日規則第4号）抄

（施行期日）

- 1 この規則は、令和4年4月1日から施行する。
- （経過措置）
- 2 この規則の施行の際現にこの規則による改正前のそれぞれの規則の規定に基づき提出されている申請書、申出書その他これらに類するもの（以下この項において「申請書等」という。）は、この規則による改正後のそれぞれの規則の規定に基づき提出された申請書

等とみなす。

- 3 この規則の施行の際現にこの規則による改正前のそれぞれの規則の規定に基づいて作成されている用紙は、当分の間、適宜修正のうえ使用することができる。

附 則（令和4年4月1日規則第26号）

この規則は、公布の日から施行する。

附 則（令和5年5月18日規則第27号）

この規則は、公布の日から施行する。

別記第1号様式（第2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

年 月 日

函館市長 様

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）の支給を受けたいので，次のとおり申請します。

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 局 番)
支給の申請に係る児童	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日		
	氏名			続柄			
				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							
被保険者証の記号および番号				保険者名および番号			
障害基礎年金1級の受給の有無	有・無						
サービス利用状況	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	
		種類	内容				
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5		
申請するサービス	区分	サービスの種類					
		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"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<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"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	<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		
				<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（グループホーム）			
地域相談支援	<input type="checkbox"/> 地域移行支援			/			
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援						
申請に係る具体的内容							

主治医	氏名		
	病院 または 診療所	名称	
		所在地	(電話 局 番)

負担上限月額区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 支援給付 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 一般
----------	---

負担上限月額の算定に係る措置の適用の申出	次の措置の適用について申し出ます。 <input type="checkbox"/> 医療型個別減免 <input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置 <input type="checkbox"/> 支援給付への移行予防措置
----------------------	--

特定障害者特別給付費に係る措置の適用の申出	次の措置の適用について申し出ます。 <input type="checkbox"/> 施設入所者の食費等軽減措置 <input type="checkbox"/> グループホーム入居者の家賃軽減措置
-----------------------	---

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
--------	--

代理人 または 代行人	フリガナ	-----	申請者との関係	(電話 局 番)
	氏名			
	住所			

添付書類

- 1 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規則第7条第2項各号または第34条の3第2項各号に掲げる書類
 - 2 現に地域相談支援給付決定を受けている場合には、地域相談支援受給者証
- 注 1 被保険者証の記号および番号欄および保険者名および番号欄は、療養介護を申請する場合に記入してください。
- 2 障害基礎年金1級の受給の有無欄は、就労継続支援（B型）を申請する場合に記入してください。
 - 3 該当する□内に✓印を記入してください。
 - 4 負担上限月額の区分欄、負担上限月額の算定に係る措置の適用の申出欄および特定障害者特別給付費に係る措置の適用の申出欄については、別紙記載要領を参照のうえ記入してください。

別記第1号様式の2(第2条関係)

障害支援区分認定通知書

年 月 日

様

函館市長 印

年 月 日付けであった介護給付費(訓練等給付費, 特定障害者特別給付費)の支給の申請に基づき, 次のとおり障害支援区分の認定をしたので通知します。

氏 名		認定年月日	年 月 日
障害支援区分	1 区分() 2 非該当		
	非該当の理由		
障害支援区分の認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
(留意事項) 1 上記の障害支援区分や申請者のサービスの利用の意向等を踏まえ, 別途サービスの利用に係る支給決定を行います。 2 認定の有効期間内であっても, 状態の変化等により障害支援区分の変更の認定をする場合があります。 3 認定の結果等について不明な点があれば, 函館市の担当窓口まで御連絡ください。			

この処分について不服があるときは, この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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, 処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に, 函館市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起することができます(裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても, 裁決の日から1年を経過すると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。)

なお, 処分の取消しの訴えは, 処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが, 次のいずれかに該当するときは, 審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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, 処分の執行また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。

別記第2号様式（第2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（給付）決定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった介護給付費（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）の支給については，次のとおり決定し，障害福祉サービス受給者証または地域相談支援受給者証を交付するので通知します。

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
支給（給付）決定障害者（保護者）氏名		支給決定に係る児童の氏名	
障害支援区分	支給（給付）決定年月日	年 月 日	障害支援区分の有効期間
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
特定障害者特別給付費（施設入所支援）	日額	円	左の給付費の適用期間
特定障害者特別給付費（共同生活援助）	月額	円	左の給付費の適用期間
支給（給付）決定内容	サービスの種類	支援の内容および支給（給付）量	有効期間
療養介護医療	公費負担者番号		公費受給者番号
	療養介護医療の負担上限月額	円	食事療養の負担上限月額
	上限額の適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	
特記事項			

この処分について不服があるときは，この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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，処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に，函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます（裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても，裁決の日から1年を経過すると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。）。

なお，処分の取消しの訴えは，処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが，次のいずれかに該当するときは，審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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，処分の執行また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。

別記第3号様式（第2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）不支給決定通知書
年 月 日

様

函館市長 印

年 月 日付けで申請のあった介護給付費（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）の支給については，次の理由により支給しないこととしたので通知します。
理由

この処分について不服があるときは，この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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，処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に，函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます（裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても，裁決の日から1年を経過すると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。）。

なお，処分の取消しの訴えは，処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが，次のいずれかに該当するときは，審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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，処分の執行また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。

別記第4号様式（第2条関係）

(第1面)
(1)

障害福祉サービス受給者証	
受給者証番号	
受給者	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日
児童	フリガナ
	氏名
	生年月日
障害種別	
交付年月日	
支給市名 および印	函館市 印

(第2面)
(2)

介護給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日
予備欄	

(第3面)
(3)

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日

(第4面)
(4)

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日
予備欄	

(第5面)
(5)

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年 月～ 年 月
指定特定相談支援事業所名	
モニタリング期間	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
施設入所支援	
支給額	円/日
適用期間	年 月 日～ 年 月 日
共同生活援助または重度障害者等包括支援	
支給額	円/月
適用期間	年 月 日～ 年 月 日
予備欄	

(第6面)
(6)

利用者負担に関する事項	
利用者負担上限月額	円
適用期間	年 月 日～ 年 月 日
食事提供体制加算対象者	
適用期間	年 月 日～ 年 月 日
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	

(第7面)

(7)		
番号	訪問系サービス事業者記入欄	
1	事業者およびその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	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
2	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	時間 分
	事業者およびその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
3	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	時間 分
	事業者およびその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分

(第8面)

(8)		
番号	訪問系サービス事業者記入欄	
4	事業者およびその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	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
5	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	時間 分
	事業者およびその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分
	契約日	年 月 日
6	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	時間 分
	事業者およびその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	月 時間 分

(第9面)

(9)				
短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者およびその事業所の名称	実施日	日数	月累計
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		

(第10面)

(10)				
短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者およびその事業所の名称	実施日	日数	月累計
13		年 月 日から		
		年 月 日まで		
14		年 月 日から		
		年 月 日まで		
15		年 月 日から		
		年 月 日まで		
16		年 月 日から		
		年 月 日まで		
17		年 月 日から		
		年 月 日まで		
18		年 月 日から		
		年 月 日まで		
19		年 月 日から		
		年 月 日まで		
20		年 月 日から		
		年 月 日まで		
21		年 月 日から		
		年 月 日まで		
22		年 月 日から		
		年 月 日まで		
23		年 月 日から		
		年 月 日まで		
24		年 月 日から		
		年 月 日まで		

(第11面)
(11)

短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者およびその事業所の名称	実施日	日数	月累計
25		年 月 日から		
		年 月 日まで		
26		年 月 日から		
		年 月 日まで		
27		年 月 日から		
		年 月 日まで		
28		年 月 日から		
		年 月 日まで		
29		年 月 日から		
		年 月 日まで		
30		年 月 日から		
		年 月 日まで		
31		年 月 日から		
		年 月 日まで		
32		年 月 日から		
		年 月 日まで		
33		年 月 日から		
		年 月 日まで		
34		年 月 日から		
		年 月 日まで		
35		年 月 日から		
		年 月 日まで		
36		年 月 日から		
		年 月 日まで		

(第12面)
(12)

短期入所事業者実績記入欄				
番号	事業者およびその事業所の名称	実施日	日数	月累計
37		年 月 日から		
		年 月 日まで		
38		年 月 日から		
		年 月 日まで		
39		年 月 日から		
		年 月 日まで		
40		年 月 日から		
		年 月 日まで		
41		年 月 日から		
		年 月 日まで		
42		年 月 日から		
		年 月 日まで		
43		年 月 日から		
		年 月 日まで		
44		年 月 日から		
		年 月 日まで		
45		年 月 日から		
		年 月 日まで		
46		年 月 日から		
		年 月 日まで		
47		年 月 日から		
		年 月 日まで		
48		年 月 日から		
		年 月 日まで		

(第13面)

(13)

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		
1	事業者およびその 事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量/月	日 回
	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
	サービス提供終了月 中の終了日までの既 提供量	日 回
2	事業者およびそ の事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量/月	日 回
	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
	サービス提供終了月 中の終了日までの既 提供量	日 回
3	事業者およびそ の事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量/月	日 回
	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
	サービス提供終了月 中の終了日までの既 提供量	日 回

(第14面)

(14)

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		
4	事業者およびその 事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量/月	日 回
	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
	サービス提供終了月 中の終了日までの既 提供量	日 回
5	事業者およびそ の事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量/月	日 回
	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
	サービス提供終了月 中の終了日までの既 提供量	日 回
6	事業者およびそ の事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量/月	日 回
	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
	サービス提供終了月 中の終了日までの既 提供量	日 回

(第15面)

(15) 療養介護・共同生活援助・ 施設入所支援事業者記入欄		
番号	事業者およびその 事業所の名称	入所(居)日 退所(居)日
1		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
2		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
3		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
4		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日
5		入所(居)日 年 月 日
		退所(居)日 年 月 日

(第16面)

(16) 就労定着支援・自立生活援助 事業者記入欄		
番号	事業者およびその 事業所の名称	利用開始日 利用終了日
1		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
2		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
3		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
4		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
5		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日

(第17面)
(17)

(予備欄)

(第18面)
(18)

注 意 事 項

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。
- 2 指定障害福祉サービス等また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または基準該当事業所に提示してください。
- 3 療養介護医療を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証および療養介護医療受給者証を添えて、指定障害福祉サービス事業者等に提示してください。
- 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で定める額（当該政令で定める額が、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割相当を超えるときは1割相当の額）です。ただし、第6面の負担上限月額欄に記載された金額が1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、基準該当障害福祉サービス等を受ける場合は、函館市の担当窓口にお問い合わせください。
- 5 負担上限月額およ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函館市に提出してください。
- 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、この証を添えて、函館市に支給の再申請をしてください。

(第19面)
(19)

- 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、函館市に支給の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の認定を受ける必要があります。）。
- 8 この証の第1面または第6面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて函館市にその旨を届け出てください。
- 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、函館市の担当窓口にご連絡ください。
また、支給決定期間内に他の市町村に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、函館市に届け出てください。
- 10 この証を破り、汚し、または失ったときは、速やかに函館市に申し出て、再交付を受けてください。
また、再交付を受けた後、失ったこの証を発見したときは、速やかに函館市に返してください。
- 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を函館市に返してください。
- 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 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。

別記第4号様式の2（第2条関係）

（第1面）

地域相談支援受給者証	
受給者証番号	
地域 相談 支援 給付 決定 障害 者	居住地
	フリガナ
	氏名
	生年月日
障害種別	
交付年月日	
支給市名 および印	函館市 印

（第2面）

地域相談支援給付費の給付決定内容	
地域相談支援 の種類	
地域相談支援 給付量等	
地域相談支援 給付決定期間	年 月 日～ 年 月 日
地域相談支援 の種類	
地域相談支援 給付量等	
地域相談支援 給付決定期間	年 月 日～ 年 月 日
予備欄	

(第3面)

(3)

一般相談支援事業者記載欄		
提供する 地域相談支援 の種類	事業者および その事業所の 名称	契約日 サービス提供終了日
		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
		契約日 年 月 日
		サービス提供終了日 年 月 日
予備欄		

(第4面)

(4)

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

(第5面)

(5)

注 意 事 項

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。
- 2 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。
- 3 給付決定期間を経過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、この証を添えて、函館市に給付の再申請をしてください。
- 4 この証の1面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて函館市にその旨を届け出てください。
- 5 給付決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、函館市の担当窓口にご連絡ください。
また、給付決定期間内に、他の市町村に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、函館市に届け出てください。
- 6 この証を破り、汚し、または失ったときは、速やかに函館市に申し出て、再交付を受けてください。
また、再交付を受けた後、失ったこの証を発見したときは、速やかに函館市に返してください。
- 7 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を函館市に返してください。
- 8 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場合があります。
- 9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。

別記第4号様式の3 (第2条関係)

療養介護医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
支給決定障害者	フリガナ		
	居住地		
	フリガナ	生年月日	
	氏名	年 月 日	
	被保険者証の記号および番号	保険者名および番号	
指定障害福祉サービス事業者等	名称		
	所在地	(電話 局 番)	
負担上限月額	療養介護医療	円	
	食事療養	円	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
交付年月日	年 月 日		
支給市名および印	函館市 印		

注 意 事 項

- 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 療養介護医療を受けようとするときは、必ずこの証に障害福祉サービス受給者証および医療保険の被保険者証を添えて、指定障害福祉サービス事業者等に提示してください。
- 3 療養介護医療の負担上限月額は、この証の負担上限月額欄に記載された金額が1月当たりの上限になります(医療型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)。
- 4 療養介護医療の負担上限月額については、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函館市に提出してください。
- 5 療養介護に係る介護給付費の支給決定期間を経過したときは、療養介護医療費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、この証を添えて、函館市に療養介護に係る介護給付費の支給の再申請をしてください。
- 6 この証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、函館市にその旨を届け出てください。
- 7 支給決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、函館市の担当窓口まで御連絡ください。
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、この証を添えて函館市に届け出てください。
- 8 この証を破り、汚し、または失ったときは、速やかに函館市に申し出て、再交付を受けてください。
また、再交付を受けた後、失ったこの証を発見したときは、速やかに函館市に返してください。
- 9 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を函館市に返してください。
- 10 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。

別記第4号様式の4（第2条の2関係）

サービス等利用計画案提出依頼書

年 月 日

様

函館市長

印

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項において準用する同法第22条第4項、第51条の7第4項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たり、サービス等利用計画案の提出を求めます。

提出に当たっては、次の書類を併せて提出願います。

1 計画相談支援給付費支給申請書

（既に計画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の支給の期間内であるときは、提出は、不要です。）

2 計画相談支援依頼事業所決定（変更）届出書

（既に計画相談支援給付費の支給を受けている場合であって、計画相談支援を担当する事業所の変更がない場合は、提出は、不要です。）

提出先

住所

電話番号

提出期限

年 月 日

別記第5号様式（第3条関係）

介護給付費（訓練等給付費，特定障害者特別給付費）支給決定変更申請書

年 月 日

函館市長 様

支給決定を受けた障害福祉サービスを変更したいので，次のとおり申請します。

申請者	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日											
	氏名			個人番号	| | | | | | | | | | | | | | | | | |											
				受給者証番号	| | | | | | | | | | | | | | | | | |											
	居住地															
(電話 局 番)																
支給決定に係る児童	フリガナ	-----		生年月日	年 月 日											
	氏名			続柄												
				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																
被保険者証の記号および番号					保険者名および番号											
障害基礎年金1級の受給の有無		有・無														
サービス利用状況	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					
		種類	内容													
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援		1	2	要介護				1	2	3	4	5
種類		内容														
変更の内容	<input type="checkbox"/> 利用中のサービスの変更					<input type="checkbox"/> 負担上限額の区分等の変更										
変更を申請するサービス	区分	サービスの種類														
		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"/> 重度訪問介護			<input type="checkbox"/> 就労定着支援			<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"/> 生活介護			<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）		<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								
<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（グループホーム）												
申請に係る具体的内容および変更の理由																

主治医	氏名		
	病院 または 診療所	名称	
		所在地	(電話 局 番)

負担上限月額区分	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 支援給付 <input type="checkbox"/> 低所得1 <input type="checkbox"/> 低所得2 <input type="checkbox"/> 一般
----------	---

負担上限月額の算定に係る措置の適用の申出	次の措置の適用について申し出ます。 <input type="checkbox"/> 医療型個別減免 <input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置 <input type="checkbox"/> 支援給付への移行予防措置
----------------------	--

特定障害者特別給付費に係る措置の適用の申出	次の措置の適用について申し出ます。 <input type="checkbox"/> 施設入所者の食費等軽減措置 <input type="checkbox"/> グループホーム入居者の家賃軽減措置
-----------------------	---

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
--------	--

代理人 または 代行人	フリガナ	-----	申請者との関係	(電話 局 番)
	氏名			
	住所			

添付書類

障害福祉サービス受給者証および療養介護医療受給者証

- 注 1 被保険者証の記号および番号欄および保険者名および番号欄は、療養介護を申請する場合に記入してください。
- 2 障害基礎年金1級の受給の有無欄は、就労継続支援（B型）を申請する場合に記入してください。
 - 3 該当する口内に✓印を記入してください。
 - 4 負担上限月額の区分欄、負担上限月額の算定に係る措置の適用の申出欄および特定障害者特別給付費に係る措置の適用の申出欄については、別紙記載要領を参照のうえ記入してください。

別記第6号様式(第3条関係)

介護給付費(訓練等給付費, 特定障害者特別給付費)支給決定変更決定(却下)通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付で申請のあった支給決定の変更については、次のとおり変更する(次の理由により変更しない)ことと決定したので通知します。

1 変更

受給者証番号		
支給決定障害者等の氏名		
支給決定に係る児童の氏名		
変更内容	変更前	
	変更後	

2 却下理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起することができます(裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると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。)

なお、処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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、処分の執行また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。

別記第6号様式の2 (第3条関係)

障害支援区分変更認定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

次のとおり障害支援区分の変更の認定をしたので通知します。

受給者証番号			
氏名			変更認定年月日 年 月 日
障害支援区分	変更前	1 区分() 2 非該当	
	変更後	1 区分() 2 非該当	
	非該当の理由		
障害支援区分の変更後の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
(留意事項)			
1 上記の障害支援区分や申請者のサービスの利用の意向等を踏まえ、別途サービスの利用に係る支給決定またはその変更を行います。			
2 認定の有効期間内であっても、状態の変化等により障害支援区分の変更の認定をする場合があります。			
3 認定の結果等について不明な点があれば、函館市の担当窓口まで御連絡ください。			

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として(市長が被告の代表者となります。)提起することができます(裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると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。)

なお、処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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、処分の執行また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。

別記第7号様式（第4条関係）

介護給付費（訓練等給付費，地域相談支援給付費）支給（給付）決定取消通知書

年 月 日

様

函館市長

印

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25条第1項（第51条の10第1項）の規定により，次のとおり介護給付費（訓練等給付費，地域相談支援給付費）の支給（給付）決定を取り消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証番号	
支給（給付）決定障害者（保護者）の氏名	
支給決定に係る児童の氏名	
取消年月日	年 月 日
取消しの理由	

障害福祉サービス受給者証，地域相談支援受給者証および療養介護医療受給者証を次のとおり返還してください。

1 返還先

2 返還期限 年 月 日

この処分について不服があるときは，この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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，処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に，函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます（裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても，裁決の日から1年を経過すると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。）。

なお，処分の取消しの訴えは，処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが，次のいずれかに該当するときは，審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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，処分の執行また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。

別記第8号様式（第5条関係）

支給（給付）決定障害者氏名等変更届出書

年 月 日

函館市長 様

支給（給付）決定障害者（保護者）の氏名等を変更したので、次のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号	| | | | | | | | | | | | | | | | | |
	居住地	受給者証番号	| | | | | | | | | | | | | | | | | |
		(電話 局 番)	
支給決定に係る児童	フリガナ	生年月日	年 月 日
	氏 名	個人番号	| | | | | | | | | | | | | | | | | |
		続 柄	

変更事項		変更前	変更後
変更の内容	支給（給付）決定障害者（保護者）	氏 名	年 月 日変更
		居住地および連絡先 電話 局 番	電話 局 番 年 月 日変更
	児	氏 名	年 月 日変更
	童	保護者との続柄	年 月 日変更
		負担上限月額の算定のために必要な事項	年 月 日変更

添付書類

- 1 障害福祉サービス受給者証，地域相談支援受給者証および療養介護医療受給者証
- 2 変更の内容に係る事実を証明する書類

別記第9号様式(第6条関係)

転 出 届
年 月 日

函館市長 様

他の市町村の区域に居住地を移したので、次のとおり届け出ます。

障害福祉サービス受給者証番号									
自立支援医療受給者番号									
療養介護医療受給者証番号 (公費負担者番号)									
療養介護医療受給者証番号 (公費受給者番号)									
届 出 者	フリガナ								
	氏 名								
	住 所								
転 出 後 の 居 住 地									
転 出 前 の 居 住 地									
転 出 し た 日	年 月 日								

添付書類

障害福祉サービス受給者証および療養介護医療受給者証または自立支援医療受給者証

別記第9号様式の2 (第6条関係)

障害支援区分認定証明書			
障害支援区分認定者	申請番号		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	年 月 日	
	住所		
	転出予定市区町村		
	異動予定日	年 月 日	
<p>上記の者は、次のとおり本市において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に基づく障害支援区分の認定を受けている者であることを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">函館市長 印</p>			
申請年月日	年 月 日		
障害支援区分		認定年月日	年 月 日
認定の有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
介護給付費等の支給に関する審査会の意見等			
備考			

注 意 事 項

- 1 この障害支援区分認定証明書は、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に基づく障害支援区分の認定について、転出先の市町村で、改めて認定調査等を受けることなく障害支援区分の認定を受けることができるように函館市が交付したもので、障害支援区分の認定の結果等を通知するものではありません。したがって、この証明書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に基づく障害福祉サービスの支給を受けることはできません。
- 2 住所を異動した際は、直ちに転出先の市町村で転入の届出をし、必ずこの証明書を提出して障害福祉サービスの利用の申請をしてください。
転出先の市町村で改めて支給決定を受けるまでは、原則として転出後に利用した障害福祉サービスの給付は受けられません。緊急に利用が必要な場合は、転出先の市町村の担当窓口にご相談ください。
- 3 転出先の市町村が、新たに障害福祉サービスに係る給付の実施主体となります。
- 4 異動予定日を過ぎてから住所を異動した場合は、異動予定日が過ぎてから住所を異動するまでに利用した障害福祉サービスの給付が一部受けられなくなることがありますので、予定が変わった場合は、函館市の担当窓口にご相談ください。

別記第10号様式（第7条関係）

受給者証再交付申請書

年 月 日

函館市長 様

障害福祉サービス受給者証（地域相談支援受給者証，療養介護医療受給者証）の再交付を受けたいので，次のとおり申請します。

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 局 番)		
支給決定に係る児童	フリガナ	.....	生年月日	年 月 日
	氏名		個人番号	.....
			続柄	

窓口に来た人 申請者本人 代理人 代行人

代理人または代行人	フリガナ	.....	申請者との関係	
	氏名			
	住所	(電話 局 番)		

再交付を申請する理由	<input type="checkbox"/> 破ったため <input type="checkbox"/> 汚したため <input type="checkbox"/> 失ったため
------------	--

添付書類

受給者証を破り，または汚した場合は，その受給者証

注 該当する□内に✓印を記入してください。

別記第11号様式（第8条関係）

特例介護給付費（特例訓練等給付費，特例特定障害者特別給付費，特例地域相談支援給付費）支給申請書

年 月 日

函館市長 様

特例介護給付費（特例訓練等給付費，特例特定障害者特別給付費，特例地域相談支援給付費）の支給を受けたいので，次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		障害福祉サービス 受給者証番号	
	氏名		地域相談支援 受給者証番号	
	生年月日	年 月 日		
	居住地	(電話 局 番)		
支給の申請に係る児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		続柄	
			個人番号	

窓口に来た人 申請者本人 代理人 代行人

代理人または代行人	フリガナ		申請者との関係
	氏名		
	住所	(電話 局 番)	

申請する額 円

上記の給付費を次の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 ()	本店 支店 支所 出張所	種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
	金融機関コード	店舗コード	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類

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規則第31条第2項，第34条の4第2項または第34条の53第2項に規定する書類

注 該当する□内に✓印を記入してください。

別記第12号様式（第8条関係）

特例介護給付費（特例訓練等給付費，特例特定障害者特別給付費，特例地域相談支援給付費）
支給（不支給）決定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった特例介護給付費（特例訓練等給付費，特例特定障害者特別給付費，特例地域相談支援給付費）の支給については，次のとおり支給する（次の理由により支給しない）ことと決定したので通知します。

1 支給

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									
支給決定の内容および減額 した場合は，その理由									
支給金額	円								

2 不支給

理由

この処分について不服があるときは，この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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，処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に，函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます（裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても，裁決の日から1年を経過すると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。）。

なお，処分の取消しの訴えは，処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが，次のいずれかに該当するときは，審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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，処分の執行また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。

別記第13号様式（第9条関係）

特定障害者特別給付費支給額変更通知書

年 月 日

様

函館市長

印

特定障害者特別給付費の額を変更したので、次のとおり通知します。

受 給 者 証 番 号	
支給決定障害者等の氏名	
支給決定に係る児童の氏名	
変 更 年 月 日	年 月 日
変更後の特定障害者特別給付費の額	日額 円
変 更 の 理 由	

障害福祉サービス受給者証を次のとおり提出してください。

- 1 提出先
- 2 提出期限 年 月 日

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます（裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると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。）。

なお、処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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、処分の執行また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。

別記第14号様式（第9条関係）

特定障害者特別給付費（特例特定障害者特別給付費）支給
取消通知書

年 月 日

様

函館市長

印

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規則第34条の6第1項の規定により、次のとおり特定障害者特別給付費（特例特定障害者特別給付費）の支給を取り消したので通知します。

受給者証番号	
支給決定障害者等の氏名	
支給決定に係る児童の氏名	
取消年月日	年 月 日
取消しの理由	

障害福祉サービス受給者証を次のとおり提出してください。

- 1 提出先
- 2 提出期限 年 月 日

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対して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、処分についての審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）提起することができます（裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると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。）。

なお、処分の取消しの訴えは、処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、審査請求に対する裁決を経ないで処分の取消しの訴えを提起することができます。

- (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、処分の執行また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。

別記第14号様式の3（第9条の2関係）

計画相談支援依頼事業所決定（変更）届出書

年 月 日

函館市長 様

計画相談支援を依頼する事業所を決めた（変更した）ので、次のとおり届け出ます。

		区 分	新規・変更
届 出 者	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏 名		個人番号
	居 住 地	(電話 局 番)	
計 画 相 談 支 援 の 依 頼 に 係 る 児 童	フリガナ		生年月日 年 月 日
	氏 名		続 柄
			個人番号
計画相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所名			
名称		所在地	
		(電話 局 番)	
事 業 所 を 変 更 し た 場 合	変更年月日	年 月 日	
	変更の理由		

別記第14号様式の4（第9条の2関係）

計画相談支援給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付で申請のあった計画相談支援給付費の支給については、次のとおり支給する（次の理由により支給しない）ことと決定したので通知します。

1 支給

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	
支給決定障害者 （保護者）氏名		支給決定に 係る児童の 氏名	
認定年月日	年 月 日	支給期間	年 月から 年 月まで
モニタリング期間			

2 不支給
理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第14号様式の5（第9条の2関係）

モニタリング期間変更通知書

年 月 日

様

函館市長

印

継続サービス利用支援について、次のとおり変更の決定を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 受給者証番号	
支給決定障害者 (保護者)氏名		支給決定に 係る児童の名	
変更後の モニタリング期間			

障害福祉サービス受給者証および地域相談支援受給者証を次のとおり提出してください。

1 提出先

2 提出期限

年 月 日

別記第14号様式の6（第9条の2関係）

計画相談支援給付費支給取消通知書

年 月 日

様

函館市長

印

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規則第34条の5第1項の規定に基づき、次のとおり計画相談支援給付費の支給を取り消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 受給者証番号	
支給決定障害者 (保護者)氏名		支給決定に係る 児童の氏名	
取消年月日	年 月 日		
取消しの理由			

障害福祉サービス受給者証および地域相談支援受給者証を次のとおり返還してください（既にこれらの受給者証を提出されている方についての返還は、不要です。）。

1 返還先

2 返還期限

年 月 日

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第15号様式 (第10条関係)

自立支援医療費(育成医療・更生医療)支給認定申請書(新規・再認定・変更)					
受診者	フリガナ				生年月日
	氏名				年 月 日
	居住地				電 話 局 番
	個人番号				
保護者	フリガナ				受診者との関係
	氏名				
	居住地				電 話 局 番
	個人番号				
負担額に関する事項	受診者の被保険者証等の記号および番号			保険者名	
	受診者と同一保険の加入者の氏名および個人番号				
	該当する所得区分	生保・支援給付・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
身体障害者手帳番号					
受診を希望する指定自立支援医療機関(薬局および訪問看護事業者等を含む。)	名 称		所在地および電話番号		
受給者番号					
<p>自立支援医療費の支給を受けたいので、上記のとおり申請します。</p> <p>函館市長 様</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住 所 氏 名 電 話 局 番</p>					

- 注 1 保護者欄は、受診者が児童の場合に記入してください。
 2 該当する所得区分欄および重度かつ継続欄は、別紙記載要領を参照のうえ、該当する区分を○で囲んでください。
 3 受給者番号欄は、再認定または変更の申請の場合に記入してください。

別記第16号様式 (第10条関係)

自立支援医療(育成医療)意見書						
受診者	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
	氏名					
	居住地					
病名			発症年月日		年 月 日	
障害の種類	(1)肢体不自由 (2)視覚障害 (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害 (5)心臓機能障害 (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害 (8)肝臓機能障害 (9)その他内臓障害 (10)免疫機能障害					
医療の具体的方針						
治療	治療見込期間	入院治療期間	日間	} 通算 日間		
		通院治療の回数および期間	回 日間			
	訪問看護の予定回数および期間	回 日間				
		入院(予定)年月日		年 月 日		
		通院開始予定年月日		年 月 日		
		通院の場 合	1月	回		
	医療費概算額	入院治療費	円	} 計	円	
		通院治療費	円			
		訪問看護等	円			
移送費見込額	円					
医療費および移送費の合計額	円					
治療後における障害の回復状況の見込み						
上記のとおり診断し、その医療費および移送費について概算します。						
年 月 日						
所在地 指定自立支援医療機関 名称 局 番 電 話						
担当医師の氏名						

別記第17号様式 (第10条関係)

自立支援医療費支給認定通知書

年 月 日

様

函館市長 印

年 月 日付けで申請のあった自立支援医療費の支給については、次のとおり認定し、自立支援医療受給者証を交付するので通知します。

受 給 者 番 号			
受 診 者 の 氏 名			
指定自立支援医療の種類			
指定自立支援医療を受ける医療機関	種 類	名 称	所在地および連絡先
	病院または診療所		電 話 局 番
	薬 局		電 話 局 番
	指定訪問看護事業者等		電 話 局 番
負 担 上 限 月 額	円		
支 給 認 定 の 有 効 期 間	年 月 日から 年 月 日まで		
医 療 の 具 体 的 方 針			
特 記 事 項			

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。)。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第18号様式（第10条関係）

自立支援医療費支給認定却下通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった自立支援医療費の支給については、次の理由により支給の認定をしないことと決定したので通知します。

理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第19号様式 (第10条関係)

自立支援医療費支給認定変更認定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった自立支援医療費の支給認定の変更については、次のとおり変更することと認定したので通知します。

受 給 者 番 号		
受 診 者 の 氏 名		
変 更 後 の 支 給 認 定 の 内 容	変 更 事 項	変 更 内 容
	指 定 自 立 支 援 医 療 機 関	病 院 ま た は 診 療 所
		薬 局
		指 定 訪 問 看 護 事 業 者 等
		負 担 上 限 月 額 お よ び 負 担 上 限 月 額 に 関 す る 事 項
		医 療 の 具 体 的 方 針

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。)。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第20号様式（第10条関係）

自立支援医療費支給認定変更却下通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった自立支援医療費の支給認定の変更については、次の理由により変更の認定をしないこととしたので通知します。

理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第21号様式 (第10条関係)

自立支援医療受給者証(育成医療・更生医療)			
公費負担番号			
自立支援医療受給者番号			
受診者	フリガナ		
	氏名		
	フリガナ		
	居住地		
者	被保険者証等の記号 および番号	保険者名	
	重度かつ継続	該当・非該当	
受診者が児童の 場合の保護者	フリガナ		続柄
	氏名		
	居住地		
指定自立支援医療機関	種類	名称	所在地および連絡先
	病院または診療所		電話局番
	薬局		電話局番
	指定訪問看護等 事業者等		電話局番
負担上限月額	円		
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
上記のとおり認定します。 年 月 日 函館市長 印			

対象となる障害名および医療の具体的方針	
公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	

特定疾病療養受療証	有・無
-----------	-----

注 人工透析を受ける方については、この受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口にて提示してください。

別記第22号様式 (第11条関係)

支給認定障害者等氏名等変更届出書(育成医療・更生医療)					
受診者	フリガナ		生 年 月 日		
	氏 名		年 月 日		
	居 住 地	(局 番)			
	個人番号	|||	|||	|||	|||
保護者	フリガナ		受診者との関係		
	氏 名				
	居 住 地	(局 番)			
	個人番号	|||	|||	|||	|||
受給者番号	|||	|||	|||	|||	
支給認定の有効期間	年 月 日 から		年 月 日 まで		
変更の内容	事 項	変 更 前	変 更 後		
	受診者に関する事項 (氏名, 居住地 および連絡先)		年 月 日変更		
	保護者に関する事項 (氏名, 居住地 および連絡先)		年 月 日変更		
	被保険者証等に関する 事項(記号および番号, 保険者名ならびに受診 者と同一の加入者)		年 月 日変更		
身体障害者手帳番号		年 月 日変更			
支給認定障害者等の氏名等を変更したので、上記のとおり届け出ます。 年 月 日					
函館市長 様					
住所 届出者 氏名 電話 局 番					

添付書類

- 1 自立支援医療受給者証
- 2 変更の内容に係る事実を証明する書類

別記第23号様式 (第12条関係)

自立支援医療受給者証再交付申請書					
受診者	フリガナ		年齢	歳	生 年 月 日
	氏 名				年 月 日
	居 住 地			電 話	局 番
	個人番号	| | | | | | | | | | | | | | | |		| | | | | | | | | | | | | | | |	
保護者	フリガナ		受診者との関係		
	氏 名				
	居 住 地			電 話	局 番
	個人番号	| | | | | | | | | | | | | | | |		| | | | | | | | | | | | | | | |	
再交付を申請する理由	<input type="checkbox"/> 破ったため <input type="checkbox"/> 汚したため <input type="checkbox"/> 失ったため				
自立支援医療受給者証の再交付を受けたいので、上記のとおり申請します。 年 月 日					
函館市長 様					
申請者 住 所 氏 名 電 話 局 番					

添付書類

受給者証を破り、または汚した場合は、その受給者証

注 該当する□内にレ印を記入してください。

別記第24号様式（第13条関係）

自立支援医療費支給認定取消通知書

年 月 日

様

函館市長

印

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57条第1項の規定により、次のとおり自立支援医療費の支給認定を取り消したので通知します。

受 給 者 番 号	
支給認定障害者等の氏名	
受 診 者 氏 名	
取 消 年 月 日	年 月 日
取 消 し の 理 由	

自立支援医療受給者証を次のとおり返還してください。

- 1 返還先
- 2 返還期限 年 月 日

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第25号様式（第14条関係）

（病院・診療所）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更承認・指定更新）申請書

年 月 日

函館市長 様

住所 { 法人にあっては、主たる
事務所の所在地 }
申請者 氏名 { 法人にあっては、その名
称および代表者の氏名 }

電話 局 番

指定自立支援医療機関の指定（担当する医療の種類の変更の承認・指定の更新）を受けたいので、次のとおり申請します。また、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59条第3項において準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号までおよび第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

保険医療機関	名 称			
	所 在 地	（電話 局 番）		
開 設 者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）			
	氏名（法人にあっては、その名称および代表者の氏名）			
	生年月日（法人にあっては、その代表者の生年月日）	年 月 日	法人の場合 は、その代 表者の職名	
標ぼうしている診療科名				
担当しようとする医療の種類				
自立支援医療を 主として担当する 医師または歯科医師	氏 名			
	経 歴	別紙1のとおり		
自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要		別紙2のとおり		
自立支援医療を行うための入院設備の有無および収容定員		有（ 人）・無		

- 注 1 育成医療または更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない部分を二重線で消してください。
- 2 保険医療機関の名称欄は、保険医療機関としての正式名称を記入してください。
- 3 担当しようとする医療の種類欄は、次のうち指定を希望するものを記入してください。

- | | |
|------------------|-----------------|
| (1) 眼科に関する医療 | (9) 心臓移植に関する医療 |
| (2) 耳鼻咽喉科に関する医療 | (10) 腎臓に関する医療 |
| (3) 口腔に関する医療 | (11) 腎移植に関する医療 |
| (4) 整形外科に関する医療 | (12) 小腸に関する医療 |
| (5) 形成外科に関する医療 | (13) 肝臓移植に関する医療 |
| (6) 中枢神経に関する医療 | (14) 歯科矯正に関する医療 |
| (7) 脳神経外科に関する医療 | (15) 免疫に関する医療 |
| (8) 心臓脈管外科に関する医療 | |
- 4 自立支援医療を主として担当する医師または歯科医師の氏名欄は、医療の種類ごとに記入してください。
- 5 自立支援医療を行うための入院設備の有無および収容定員欄は、医療の種類ごとに記入してください。
- 6 指定の更新を申請する場合は、指定を受けている保険医療機関について、指定を申請し、変更承認を申請し、または届け出た内容に変更がないときは、自立支援医療を主として担当する医師または歯科医師の経歴欄および自立支援医療を行うために必要な体制および設備の概要欄の記載を省略することができます。

(別紙1)

経 歴 書

学 位	ふりがな 氏 名	生年月日	年 月 日
現 住 所			
関係学会 加入状況			
年 月 日	任 免 事 項	師事した指導者の氏名および学位論文名または学会に提出した論文名	

添付書類

- 1 指導者の氏名，研究テーマ，研究の内容別（講義の受講，臨床的研究，理論的研究，実習等）期間，従事日数（1月または1週間当たり）その他研究態様を明らかにするための主任教授等による別紙3の証明書
- 2 心臓移植に関する医療のうち心臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は，別紙4または別紙5による臨床実績等に関する証明書
- 3 腎臓に関する医療または小腸に関する医療を担当しようとする場合は，それぞれ別紙6または別紙7による臨床実績等に関する証明書
- 4 肝臓移植に関する医療のうち肝臓移植術後の抗免疫療法を担当しようとする場合は，別紙8または別紙9による臨床実績等に関する証明書

- 注 1 学位欄は，専門科目に関する学位について記入してください。
- 2 関係学会加入状況欄は，加入している学会名および学会における必要な記録を記入してください。
- 3 任免事項欄は，次のように記入してください。
- (1) 医師免許取得時期を明記し，医師免許証の写しを添付してください。
 - (2) 病院研究機関等の医師または歯科医師が勤務し，または研究等のために利用した施設については，関係した専門科名まで必ず記入してください（例えば，「〇〇医科大学眼科学教室」，「〇〇病院眼科」のように記入し，「〇〇医科大学」，「〇〇病院」のように省略しないでください。）。
 - (3) 勤務先における身分（例えば，医長，医員，講師，助手等）を明確に記入してください。
 - (4) 非常勤職員については，1月または1週間当たりの勤務日数および延時間数を明確に記入してください。
 - (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は，それぞれの施設における勤務条件または利用状況等（例えば，「〇〇医科大学整形外科週4日（延〇時間勤務）」，「〇〇病院週2日（延〇時間勤務）」等）を具体的に記入してください。
 - (6) 大学院については，専門コース（例えば，「〇〇医科大学大学院医学研究科整形外科科学教室」等）を明確に記入してください。

(別紙2)

自立支援医療を行うために必要な設備の概要および体制

区 分	品 目	数量	品 目	数量
設 備 (主要なもの)				
体 制				

(別紙3)

研究内容に関する証明書

医療機関名
氏名

- 1 研究テーマ
- 2 研究の内容別期間等
 - (1) 教室における臨床実習
自 年 月 日 } 月間(1週 日 時間)
至 年 月 日 }
 - (2) 教授指導下での教室外における臨床実習
自 年 月 日 } 月間(1週 日 時間)
至 年 月 日 }
- 3 その他の研究内容を明らかにするために必要な事項
主論文
副論文

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

大学名
氏名

(別紙4)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年月日 年月日 ～ ～ ～		心臓移植術	
年月日 年月日 ～ ～ ～		心臓移植術後の抗免疫療法	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関名 氏 名			

注 1 医療機関名欄は、正式名称を記入してください。

2 主たる担当医師名欄は、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記入してください。

3 期間欄、症例数欄および実施医療機関名等欄は、主たる担当医師名欄の医師が、これまでに心臓移植術または心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時からさかのぼって記入してください。

なお、移植関係学会合同委員会において心臓移植実施施設として選定された施設で、心臓移植術および心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、実績として記入することができます。

4 国外の医療機関における実績の場合は、備考欄に国名を記入してください。

(別紙5)

心臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)

連携する 医療機関名		連携する 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年月日 年月日 ~ ~ ~		心臓移植術	
年月日 年月日 ~ ~ ~		心臓移植術後の抗免疫療法	
連携する 医師の 経歴書	学 位	生年月日	年 月 日
	年月日	任免事項	師事した指導者の氏名および学位論文名または学会 に提出した論文名
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関名 氏 名			

- 注 1 連携する医療機関名欄は、正式名称を記入してください。
- 2 連携する医師名欄は、心臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記入してください。
- 3 期間欄、症例数欄および実施医療機関名等欄は、連携する医師名欄の医師が、これまでに心臓移植術または心臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時からさかのぼって記入してください。
- 4 国外の医療機関における実績の場合は、備考欄に国名を記入してください。
- 5 学位欄は、専門科目に関する学位について記入してください。
- 6 任免事項欄は、次のように記入してください。
- (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付してください。
- (2) 病院研究機関等の医師が勤務し、または研究等のために利用した施設については、関係した専門科名まで必ず記入してください(例えば、「〇〇医科大学〇〇科学教室」、「〇〇病院〇〇科」のように記入し、「〇〇医科大学」、「〇〇病院」のように省略しないでください。)

- (3) 勤務先における身分(例えば, 医長, 医員, 講師, 助手等)を明確に記入してください。
- (4) 非常勤職員については, 1月または1週間当たりの勤務日数および延時間数を明確に記入してください。
- (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は, それぞれの施設における勤務条件または利用状況等(例えば, 「〇〇医科大学〇〇科週4日(延〇時間勤務)」, 「〇〇病院週2日(延〇時間勤務)」等)を具体的に記入してください。
- (6) 大学院については, 専門コース(例えば, 「〇〇医科大学大学院医学研究科〇〇科学教室」等)を明確に記入してください。

(別紙6)

人工透析に関する専門研修・臨床実績証明書

医療機関名
氏 名

1 専門研修

(1) 研修期間

自 年 月 日
至 年 月 日

(2) 医療機関および指導医

2 臨床実績

期 間	患者数	回 数	医療機関名等
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	
年 月 ~ 年 月	人	回	

3 透析療法従事職員研修受講の有無

- (1) 有(年度研修)
(2) 無

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

医療機関名
氏 名

(別紙8)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(主たる医師)

医療機関名		主たる担当 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術	
年月日 年月日 ～ ～ ～		肝臓移植術後の抗免疫療法	
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関名 氏 名			

- 注 1 医療機関名欄は、正式名称を記入してください。
- 2 主たる担当医師名欄は、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療を主として担当する医師の氏名を記入してください。
- 3 期間欄、症例数欄および実施医療機関名等欄は、主たる担当医師名欄の医師が、これまでに肝臓移植術または肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時からさかのぼって記入してください。
なお、移植関係学会合同委員会において肝臓移植実施施設として選定された施設で、肝臓移植術および肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床研修等の経験がある場合は、実績として記入することができます。
- 4 国外の医療機関における実績の場合は、備考欄に国名を記入してください。

(別紙9)

肝臓移植術後の抗免疫療法に関する臨床実績証明書(連携機関の医師)

連携する 医療機関名		連携する 医 師 名	
期 間	症例数	実施医療機関名等	備 考
年月日 年月日 ~ ~ ~		肝臓移植術	
年月日 年月日 ~ ~ ~		肝臓移植術後の抗免疫療法	
連携する 医師の 経歴書	学 位	生年月日	年 月 日
	年月日	任免事項	師事した指導者の氏名および学位論文名または学会 に提出した論文名
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医療機関名 氏 名			

- 注 1 連携する医療機関名欄は、正式名称を記入してください。
- 2 連携する医師名欄は、肝臓移植術後の抗免疫療法に関する医療について連携する医師の氏名を記入してください。
- 3 期間欄、症例数欄および実施医療機関名等欄は、連携する医師名欄の医師が、これまでに肝臓移植術または肝臓移植術後の抗免疫療法を実施した実績を直近時からさかのぼって記入してください。
- 4 国外の医療機関における実績の場合は、備考欄に国名を記入してください。
- 5 学位欄は、専門科目に関する学位について記入してください。
- 6 任免事項欄は、次のように記入してください。
- (1) 医師免許取得時期を明記し、医師免許証の写しを添付してください。
- (2) 病院研究機関等の医師が勤務し、または研究等のために利用した施設については、関係した専門科名まで必ず記入してください(例えば、「〇〇医科大学〇〇科学教室」、「〇〇病院〇〇科」のように記入し、「〇〇医科大学」、「〇〇病院」のように省略しないでください。)

- (3) 勤務先における身分(例えば, 医長, 医員, 講師, 助手等)を明確に記入してください。
- (4) 非常勤職員については, 1月または1週間当たりの勤務日数および延時間数を明確に記入してください。
- (5) 2以上の施設に兼務する等の場合は, それぞれの施設における勤務条件または利用状況等(例えば, 「〇〇医科大学〇〇科週4日(延〇時間勤務)」, 「〇〇病院週2日(延〇時間勤務)」等)を具体的に記入してください。
- (6) 大学院については, 専門コース(例えば, 「〇〇医科大学大学院医学研究科〇〇科学教室」等)を明確に記入してください。

別記第26号様式（第14条関係）

（薬局）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（指定更新）申請書

年 月 日

函館市長 様

住所 { 法人にあっては、主たる
事務所所在地 }
申請者 氏名 { 法人にあっては、その名
称および代表者の氏名 }

電話 局 番

指定自立支援医療機関の指定（指定の更新）を受けたいので、次のとおり申請します。また、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59条第3項において準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号までおよび第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	(電 話 局 番)		
開 設 者	住所（法人にあっては、主たる事務所の所在地）			
	氏名（法人にあっては、その名称および代表者の氏名）			
	生年月日（法人にあっては、その代表者の生年月日）	年 月 日	法人の場合 は、その代 表者の職名	
主として調剤を 担当する薬剤師	氏 名			
	経 歴	別紙1のとおり		
調剤のために必要な設備 および施設の概要	別紙2のとおり			

- 注 1 育成医療または更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない部分を二重線で消してください。
- 2 保険薬局の名称欄は、保険薬局としての正式名称を記入してください。
- 3 指定の更新を申請する場合は、指定を受けている保険薬局について、指定を申請し、または届け出た内容に変更がないときは、主として調剤を担当する薬剤師の経歴欄および調剤のために必要な設備および施設の概要欄の記載を省略することができます。

(別紙1)

経 歴 書

学 位		ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
現 住 所					
最 終 学 歴					
主 たる 職 歴					

(別紙2)

調剤のために必要な設備および施設の概要

調剤室の構造		調剤室の面積	m ²
主たる設備	品	目	品
			目

添付書類

薬局の見取図

注 主たる設備欄は、薬局等構造設備規則に掲げるもの以外のものがある場合に、その主たるものを記入してください。

別記第27号様式（第14条関係）

（指定訪問看護事業者等）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（指定更新）申請書

年 月 日

函館市長 様

申請者 主たる事務所の所在地
 名称
 代表者の氏名
 電話 局 番

指定自立支援医療機関の指定（指定の更新）を受けたいので、次のとおり申請します。
 また、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59条第3項において準用する同法第36条第3項各号（第1号から第3号までおよび第7号を除く。）のいずれにも該当しないことを誓約します。

指定訪問看護事業者等	指定の種類				
	指定年月日	年 月 日			
	名称				
	主たる事務所の所在地				
	代表者	住所			
		氏名			
		生年月日	年 月 日		
職名					
訪問看護ステーション等	名称				
	所在地	(電話 局 番)			
	職員の定数	職種	常勤・非常勤の別	定数	

- 注 1 育成医療または更生医療のいずれか単独での指定を希望する場合は、様式の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない部分を二重線で消してください。
- 2 指定訪問看護事業者等の指定の種類欄は、指定訪問看護事業者、指定居宅サービス事業者または指定介護予防サービス事業者の別を記入してください。
- 3 訪問看護ステーション等の職員の定数欄は、訪問看護ステーション等において指定訪問看護もしくは指定老人訪問看護または指定居宅サービス(介護保険法第8条第4項に規定する訪問看護に限る。)もしくは指定介護予防サービス(同法第8条の2第4項に規定する介護予防訪問看護に限る。)に従事する職員の定数について、保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等の職種ごとに記入してください。

別記第28号様式 (第15条関係)

指定自立支援医療機関変更届出書

年 月 日

函館市長 様

住所 (法人にあつては、主たる
事務所の所在地)

届出者 氏名 (法人にあつては、その名
称および代表者の氏名)

電話 局 番

指定自立支援医療機関について変更があったので、次のとおり届け出ます。

指定自立支援 医 療 機 関	名 称		
	所在地	(電話 局 番)	
変 更 内 容	変 更 事 項	変 更 前	変 更 後
			年 月 日変更
			年 月 日変更
			年 月 日変更

添付書類

- 1 変更内容に係る事実を証明する書類
- 2 指定自立支援医療を主として担当する医師もしくは歯科医師または主として調剤を担当する薬剤師の変更の場合は、当該変更後の医師もしくは歯科医師または薬剤師の経歴書等
- 3 訪問看護ステーション等の職員の定数の変更の場合は、変更後の定数の内訳を記載した書類

別記第29号様式（第15条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）業務休止等届出書

年 月 日

函館市長 様

住所（法人にあつては、主たる
事務所の所在地）

届出者 氏名（法人にあつては、その名
称および代表者の氏名）

電話 局 番

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規則第63条の規定

により、次のとおり届け出ます。

指定自立支援 医療機関	名 称	
	所在地	(電話 局 番)
届 出 事 由	1 休止 2 廃止 3 再開 4 処分	
届出事由の発生年月日	年 月 日	
休 止 の 場 合 の 再 開 予 定 年 月 日	年 月 日	
処分を受けた場合は、 そ の 内 容		

注 育成医療または更生医療のいずれかの届出の場合は、様式の「(育成医療・更生医療)」のうち、届出に係るもの以外の部分を二重線で消してください。

別記第30号様式 (第15条関係)

指定自立支援医療機関(育成医療・更生医療)指定辞退
申出書

年 月 日

函館市長 様

住所 (法人にあっては、主たる
事務所の所在地)

申出者 氏名 (法人にあっては、その名
称および代表者の氏名)

電話 局 番

指定自立支援医療機関の指定を辞退したいので、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40条の規定により次のとおり申し上げます。

指定自立支援 医療機関	名 称	
	所 在 地	(電話 局 番)
自立支援医療を主として 担当する医師または 歯科医師の氏名		
辞 退 年 月 日		年 月 日
辞 退 の 理 由		
現に自立支援医療を 受けている者に対する措置		

注 1 指定を辞退する日の1月前までに申し出てください。

2 育成医療または更生医療のいずれかの辞退の申出の場合は、様式の「(育成医療・更生医療)」のうち、申出に係るもの以外の部分を二重線で消してください。

別記第31号様式（第16条関係）

指定自立支援医療機関指定取消等通知書

年 月 日

様

函館市長

印

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68条第1項の規定により、次のとおり指定自立支援医療機関の指定を取り消した(指定の効力を停止した)ので通知します。

指定の取消し等に 係る指定自立 支援医療機関	名 称	
	所 在 地	
取 消 等 の 年 月 日	年 月 日	
指定の効力の停止の場合の 停止の範囲および期間	年 月 日から 年 月 日まで	
取 消 し 等 の 理 由		

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として(市長が被告の代表者となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます(処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。)。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第31号様式の2（第16条の2関係）

補装具費支給対象障害者等認定申請書

年 月 日

函館市長 様

補装具の購入（借受け、修理）に係る補装具費支給対象障害者等の認定を受けたいので、次のとおり申請します。

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 局 番)		
認定の申請に係る児童	フリガナ	.....	生年月日	年 月 日
	氏名		個人番号	.....
			続柄	

身体障害者手帳番号			
交付年月日	年 月 日		
障害種別	障害等級	種 級	
疾病名			
購入し、借り受け、または修理を受けようとする補装具の種目等			
希望する事業者			
※備考	新規・再申請(前回決定年月日 年 月 日)		

負担上限月額の算定に係る措置の適用の申出	次の措置の適用について申し出ます。
	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置) <input type="checkbox"/> 支援給付への移行予防措置(定率負担減免措置)

添付書類

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規則第65条の7第1項第6号から第8号までに掲げる書類等

- 注 1 ※印欄は、記入しないでください。
 2 該当する□内にレ印を記入してください。
 3 負担上限月額の算定に係る措置の適用の申出欄については、別紙記載要領を参照のうえ記入してください。

別記第31号様式の3（第16条の2関係）

補装具費支給対象障害者等認定通知書

年 月 日

様

函館市長 印

年 月 日付で申請のあった補装具費支給対象障害者等の認定については、次のとおり認定し、補装具費支給券を交付するので通知します。

支給券番号		認定年月日	年 月 日		
補装具費支給対象障害者等の氏名		認定に係る児童の氏名		続柄	
購入（借受け、修理）をする補装具の種目等および修理する場合は、その部位					
事業者	名称				
	所在地				
見積額		利用者負担額	公費負担額		
円					
負担上限月額					
円		円	円		
備考					

別記第31号様式の4 (第16条の2関係)

補装具費支給券 (購入・借受け・修理)

支給券番号			認定年月日	年	月	日
補装具費 支給対象 障害者等	氏名		生年月日	年	月	日
	居住地					
認定に係る児童	氏名		生年月日	年	月	日
			続柄			
補装具の種目等			修理部位			
事業者	名称		所在地			
見積額		利用者負担額		公費負担額		
円						
負担上限月額		円		円		
円						
上記のとおり決定し、補装具費支給券を交付します。						
年 月 日						
函館市長 印						
有効期間	利用者が事業者へ支給券を提示する期限			年 月 日		
	事業者が補装具費を請求する期限			年 月 日		
適合判定	判定年月日	年 月 日	判定員氏名			
受領	受領年月日	年 月 日	受領者氏名		続柄	

別記第31号様式の5（第16条の2関係）

補装具費支給対象障害者等認定却下通知書

年 月 日

様

函館市長 印

年 月 日付けで申請のあった補装具費支給対象障害者等の認定については、次の理由により認定しないことと決定したので通知します。
理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第31号様式の6（第16条の3関係）

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

年 月 日

函館市長 様

高額障害福祉サービス等給付費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

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 局 番)	
支給決定に係る児童	フリガナ	-----	生年月日	年 月 日
	氏名		続柄	

申請に係るサービス利用月	年 月分	65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の有無	有・無
--------------	------	---------------------------	-----

サービス利用月における対象費用	申請者	制度	受給者証番号または被保険者証番号	支払額	
					円
				円	
				円	
		合計		円	
サービス利用月における対象費用	同一世帯に属する他の支給等の決定を受けた者	氏名, 生年月日および個人番号	制度	受給者証番号または被保険者証番号	支払額
					円
		年月日 ()			円
		※ <input type="checkbox"/> 申請確認			円
		年月日 ()			円
		※ <input type="checkbox"/> 申請確認			円
		合計		円	

上記の高額障害福祉サービス等給付費を次の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 ()	本店 支店 支所 出張所	種目	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
	金融機関コード	店舗コード	口座番号	
	フリガナ	-----		
	口座名義人	-----		

窓口に来た人 申請者本人 代理人 代行人

代理人 または 代行人	フリガナ		申請者との関係	
	氏名			
	住所	(電話 局 番)		

添付書類

申請する月分の申請者および申請者と同一の世帯に属する他の支給等の決定を受けた者の対象費用の支払額に係る領収書

- 注
- ※印欄は、記入しないでください。
 - 該当する口内に✓印を記入してください。
 - 制度欄は、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，児童福祉法または介護保険法の別を記入してください。
 - 申請者と同一の世帯に属する他の支給等の決定を受けた者全員分の申請書を併せて提出してください。

別記第32号様式（第17条関係）

障害福祉サービス事業等開始届出書

年 月 日

函館市長 様

届出者
住所 （法人にあつては、主たる
事務所の所在地）
氏名 （法人にあつては、その名
称および代表者の氏名）

障害福祉サービス事業等を開始するので、次のとおり届け出ます。

- 1 事業の種類（障害福祉サービス事業にあつては、障害福祉サービスの種類を含む。）および内容
- 2 定款その他の基本約款 別紙のとおり
- 3 職員の定数および職務の内容

職 種	職 務 の 内 容	職員の定数
		人
		人
		人

- 4 主な職員の氏名および経歴

職 種	氏 名	経 歴

- 5 事業を行おうとする区域

- 6 事業の用に供する施設（障害福祉サービス事業（療養介護，生活介護，短期入所，重度障害者等包括支援（施設を必要とする障害福祉サービスに係るものに限る。），自立訓練，就労移行支援または就労継続支援に限る。），地域活動支援センターを運営する事業または福祉ホームを運営する事業に係るものに限る。）

- (1) 名称
- (2) 種類（短期入所に係るものに限る。）
- (3) 所在地
- (4) 利用定員

- 7 事業開始の予定年月日 年 月 日

- 8 収支予算書および事業計画書 別紙のとおり

別記第33号様式（第17条関係）

障害福祉サービス事業等変更届出書

年 月 日

函館市長 様

届出者 住所（法人にあつては、主たる
事務所の所在地）
氏名（法人にあつては、その名
称および代表者の氏名）

障害福祉サービス事業等の届出事項に変更があつたので、次のとおり届け出ます。

1 事業の種類

2 変更の内容

変更事項	変 更 前	変 更 後	変更年月日

3 変更の理由

注 変更の日から1月以内に届け出てください。

別記第34号様式 (第17条関係)

障害福祉サービス事業等廃止(休止)届出書

年 月 日

函館市長 様

届出者 住所 (法人にあつては、主たる
事務所の所在地)
氏名 (法人にあつては、その名
称および代表者の氏名)

障害福祉サービス事業等を廃止(休止)するので、次のとおり届け出ます。

- 1 事業の種類
- 2 廃止または休止の予定年月日 年 月 日
- 3 廃止または休止の理由
- 4 現に便宜を受け、または入所している者に対する措置
- 5 休止の場合の予定期間 年 月 日～ 年 月 日

別記第35号様式 (第18条関係)

指定自立支援医療機関台帳(病院・診療所)

- 1 医療機関の名称
- 2 医療機関の所在地
- 3 自立支援医療の種類
- 4 担当する医療の種類および自立支援医療を主として担当する医師または歯科医師の氏名等

	医療の種類	指 定 年 月 日 告 示 番 号	医師氏名	変 更 後 医 師 氏 名 (変更年月日)	変 更 後 医 師 氏 名 (変更年月日)
1		年 月 日 指定 告示 第 号			
2		年 月 日 指定 告示 第 号			
3		年 月 日 指定 告示 第 号			
4		年 月 日 指定 告示 第 号			
5		年 月 日 指定 告示 第 号			
6		年 月 日 指定 告示 第 号			
7		年 月 日 指定 告示 第 号			
8		年 月 日 指定 告示 第 号			
9		年 月 日 指定 告示 第 号			
10		年 月 日 指定 告示 第 号			

別記第36号様式（第18条関係）

指定自立支援医療機関台帳（薬局）

	薬 局 の 名 称	所 在 地	指 定 年 月 日 告 示 番 号
1		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
2		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
3		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
4		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
5		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
6		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
7		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
8		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
9		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
10		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号

別記第37号様式（第18条関係）

指定自立支援医療機関台帳（指定訪問看護事業者等）

	指定訪問看護事業者等の名称	所在地	指 定 年 月 日
	訪問看護ステーション等の名称		告 示 番 号
1		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
		(電話 局 番)	
2		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
		(電話 局 番)	
3		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
		(電話 局 番)	
4		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
		(電話 局 番)	
5		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
		(電話 局 番)	
6		(電話 局 番)	年 月 日指定 告示 第 号
		(電話 局 番)	

別記第1号様式（第2条関係）
別記第1号様式の2（第2条関係）
別記第2号様式（第2条関係）
別記第3号様式（第2条関係）
別記第4号様式（第2条関係）
別記第4号様式の2（第2条関係）
別記第4号様式の3（第2条関係）
別記第4号様式の4（第2条の2関係）
別記第5号様式（第3条関係）
別記第6号様式（第3条関係）
別記第6号様式の2（第3条関係）
別記第7号様式（第4条関係）
別記第8号様式（第5条関係）
別記第9号様式（第6条関係）
別記第9号様式の2（第6条関係）
別記第10号様式（第7条関係）
別記第11号様式（第8条関係）
別記第12号様式（第8条関係）
別記第13号様式（第9条関係）
別記第14号様式（第9条関係）
別記第14号様式の2（第9条の2関係）
別記第14号様式の3（第9条の2関係）
別記第14号様式の4（第9条の2関係）
別記第14号様式の5（第9条の2関係）
別記第14号様式の6（第9条の2関係）
別記第15号様式（第10条関係）
別記第16号様式（第10条関係）
別記第17号様式（第10条関係）
別記第18号様式（第10条関係）
別記第19号様式（第10条関係）
別記第20号様式（第10条関係）

別記第21号様式（第10条関係）
別記第22号様式（第11条関係）
別記第23号様式（第12条関係）
別記第24号様式（第13条関係）
別記第25号様式（第14条関係）
別記第26号様式（第14条関係）
別記第27号様式（第14条関係）
別記第28号様式（第15条関係）
別記第29号様式（第15条関係）
別記第30号様式（第15条関係）
別記第31号様式（第16条関係）
別記第31号様式の2（第16条の2関係）
別記第31号様式の3（第16条の2関係）
別記第31号様式の4（第16条の2関係）
別記第31号様式の5（第16条の2関係）
別記第31号様式の6（第16条の3関係）
別記第31号様式の7（第16条の3関係）
別記第32号様式（第17条関係）
別記第33号様式（第17条関係）
別記第34号様式（第17条関係）
別記第35号様式（第18条関係）
別記第36号様式（第18条関係）
別記第37号様式（第18条関係）