朝霞市規則第３８号

自治体情報システムの標準化に伴う関係規則の整理に関する規則

（朝霞市国民健康保険に関する規則の一部改正）

第１条　朝霞市国民健康保険に関する規則（昭和６０年朝霞市規則第２３号）の一部を次のように改正する。

第２６条第２項中「法第５７条の２第１項本文の規定により高額療養費（施行令第２９条の２の規定によるものに限る。）」を「高額療養費」に改め、同項を同条第３項とし、同条第１項中「様式第３１号」を「様式第３２号」に改め、同項を同条第２項とし、同条に第１項として次の１項を加える。

法第５７条の２の規定により高額療養費（施行令第２９条の２の規定により支給される高額療養費に限る。以下この条において同じ。）の支給を受けることができる者に対する通知は、様式第３１号によるものとする。

第２６条の２第１項中「様式第３２号」を「様式第３３号」に改め、同条第２項中「様式第３３号」を「様式第３４号」に改める。

第２６条の３中「様式第３４号」を「様式第３５号」に改める。

第２６条の４第１項中「支給」の次に「の可否」を加え、「様式第３５号」を「様式第３６号」に改め、同条第２項を削る。

第２７条の２第１項中「支給」の次に「の可否」を加え、同条第２項を削る。

様式第１０号を次のように改める。

様式第１０号（第１１条の２関係）

国民健康保険基準収入額適用申請書

（ふりがな） 世帯主氏名		被保険者 記号・番号	
生年月日	年　月　日	電話番号	
住　所			

	被保険者氏名			
	個人番号			
	生年月日			
年中の収入	公的年金 （老齢基礎年金、老齢厚生年金、退職共済年金、老齢年金、退職年金等）	円	円	円
	給　与 （パート収入等含）	円	円	円
	年金・給与以外の収入 （　　）収入	円	円	円
	合　計	円	円	円

（注）

○　市町村民税が課税されている・いないにかかわらず、同一世帯におられる７０歳以上の被保険者の方それぞれの収入額を公的年金・給与・その他の収入に分けてご記入ください。

○　収入額はすべてご記入ください。ただし、退職金及び公租公課の対象とならない収入（障害又は遺族に係る年金・恩給等、戦没者等の遺族に対する特別弔慰金、児童手当・児童扶養手当等、災害弔慰金等など）は除きます。

○　公的年金等源泉徴収票、給与源泉徴収票、確定申告書の写し、公的年金の及び給与収入額が確認できる所得（課税）証明書等の収入額を確認できる書類を添付してください。

なお、収入額を確認できる書類がなく、かつ、収入額を証明できる書類の発行されていない収入については添付不要です。

ただし、１月１日において当市（区町村）に住所がある方の公的年金収入の場合については添付書類は不要です。

朝霞市長　殿

上記のとおり、関係書類を添えて負担区分判定に係る収入額を申請します。

年　月　日

申請者
（世帯主）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第１５号から様式第２０号までを次のように改める。

様式第１５号（第１５条の２関係）

限度額適用

国民健康保険　標準負担額減額　　認定申請書

限度額適用・標準負担額減額

被保険者記号・番号				
世帯主	住　所			
	氏　名		生年月日	年　月　日
限度額適用減額対象者	氏　名		個人番号	
	世帯主との続柄		生年月日	年　月　日
長期入院	該当・非該当	交通事故等の第三者行為	有・無	
ここから下は、長期入院該当者のみ記入してください。		入院日数合計（　　日間）		

①	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
②	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
③	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	
④	申請日の前１年間の入院期間（日数）	年　月　日から 年　月　日まで	日間
	入院をした保険医療機関等	名　称	
		所在地	

上記のとおり関係書類を添えて認定証の交付を申請します。

年　　月　　日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主名（申請者） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

朝霞市長　殿

様式第１６号（第１５条の２関係）

年　　月　　日

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

限度額適用認定申請却下通知書

年　　月　　日付けで申請がありました

限度額適用認定

の認定については下記の理由により却下しましたので通知します。

記

対象者

却下の理由

教　示

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に市を被告として（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。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、

①審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき

②処分、処分の執行又は手続き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

は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第１７号（第１７条関係）

国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額支給申請書

被保険者記号・番号				
減額対象者	氏　　名		個人番号	
	世帯主との続柄		生年月日	年　月　日
既に減額認定証の交付を受けている方のみ記入してください。	交付年月日		年　月　日	
	適用年月日		年　月　日	
	長期該当年月日		年　月　日	

入院をした保険医療機関等	名　称	
	所在地	
入院日数	年　月　日から 年　月　日まで	日間
入院期間に受けた食事療養に対し支払った額（標準負担額）		円
標準負担額減額認定証の交付申請又は保険医療機関等において認定を受けていることの確認を受けなかった理由		
イ．長期入院該当申請日以降長期入院該当年月日前の入院であったため ロ．その他〔　　〕		
受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 □振込口座を指定する。	

振込先	金融機関		（ﾌﾘｶﾞﾅ） 口座名義人	
	口座種別	普通・当座・その他（　　）	口座番号	

上記のとおり関係書類を添えて国民健康保険食事療養費標準負担額減額差額の支給を申請します。

年　　月　　日

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

世帯主名（申請者） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

朝霞市長　殿

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年　　月　　日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名（申請者） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第１８号（第１７条関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険食事療養費標準負担額・生活療養標準負担額差額支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険食事療養費標準負担額・生活療養標準負担額差額の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円
支給決定日	年　月　日
振込期日	年　月　日
金融機関	
内訳	

申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第１９号（第１７条関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険食事療養費標準負担額・生活療養標準負担額差額不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険食事療養費標準負担額・生活療養標準負担額差額の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
不支給決定日	年　　月　　日				
不支給理由					
内訳					
申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第２０号（第２０条関係）

国民健康保険療養費支給申請書

支給額　　円

上記のとおり療養に要した費用を申請します。

ただし下記内訳のとおり

年　　月　　日

申請者（世帯主）　住所

氏名　　個人番号

電話番号　　朝霞市長　様

被保険者記号・番号			世帯主名				
診療を受けた人	(ﾌﾘｶﾞﾅ)氏名		個人番号		申請者との続柄		
	住所						
	発症負傷日		診療期間	自 至	診療日数	日	
	傷病名		傷病の原因		傷病の経過		
	診療の内容						
	受診した医療機関等	名称		診療科			
		所在地		医師名			
	受診状況	入院・外来	受給証	高齢者３割・高齢者２割・未就学児			
	費用額	円	併用公費又は福祉の名称				
	審査認定額	円	交通事故等の第三者行為	有・無			
	療養費の種別	一般診療・補装具・柔整・その他（　　）					
療養の給付を受けることができなかった理由							
受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要） ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 □振込口座を指定する。						

1:現金 2:振込	振込先	コード	名称	(ﾌﾘｶﾞﾅ)口座名義人								
	金融機関		銀行 信用金庫 信用組合 協同組合									
	支店			口座番号								
	口座種別	普通・当座・その他（　　）										

点数		総医療費		支給額	
負担率		一部負担金			

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年　　月　　日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名（申請者）

代理人住所

代理人氏名　　個人番号

様式第２１号及び様式第２２号を次のように改める。

様式第２１号（第２２条関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険療養費支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
支給決定日	年　　月　　日				
振込期日	年　　月　　日				
金融機関					
内訳					
申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第２２号（第２２条関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険療養費不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
不支給決定日	年　　月　　日				
不支給理由					
内訳					
申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第３０号から様式第４１号までを次のように改める。

様式第３０号（第２５条関係）

国民健康保険特定疾病認定申請書

年　　月　　日

朝霞市長　殿

申請者　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

下記のとおり申請します。

被保険者記号・番号				
認定申請対象者	氏名		個人番号	
	生年月日	年　月　日		
	疾病名	1　人工腎臓を実施している慢性腎不全 2　血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等 3　抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群		

医師の意見欄	上記のとおり診療を受けていることに相違ありません。 年　月　日 医療機関の　名称 所在地 医師名

様式第３１号（第２６条関係）

年　月　日

（住所）
（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険高額療養費の支給申請について

標記の件につきまして、あなたの世帯の下記年月における医療費の自己負担額が、高額療養費の支給対象となるため、申請されることで支給を受けることができます。

なお、請求が遅れますと、支給ができなくなる場合がありますのでご注意ください。

被保険者記号・番号

診療年月	療養を受けた被保険者氏名	医療機関等名	費用額	自己負担額	入外

支給予定額	既支給額	貸付額	差引支払予定額
円	円	円	円

※所得更正等により実際に支給される額が変更となる場合があります。
※お持ちいただくもの

＜ご注意＞上記のうち、ひとつでも不足していると申請できない場合があります。

※高額療養費の請求権は診療月の翌月１日から２年以内、もしくは本通知を受け取ってから２年以内に請求しなければ消滅します。

様式第３２号（第２６条関係）

国民健康保険高額療養費支給申請書

枚中　　枚目

被保険者記号・番号	申請者（世帯主）氏名	診療年月	課税区分	所得区分
		年　月		

交通事故等の第三者行為	有　・　無	

請求年月	療養を受けた被保険者氏名	生年月日 個人番号	医療機関等名 医療機関等所在地	入外	日数	総医療費 被保険者負担額
		傷病名				

貸付額	支給済額	被保険者負担額	限度額	支給額
円	円	円	円	円

上記のとおり申請します。　　朝霞市長　様　　年　月　日

申請者（世帯主）
住所
氏名
個人番号
電話番号

受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 □振込口座を指定する。

1:現金 2:振込	金融機関コード		支店コード		種目	口座名義人	
					1. 普通（総合）2. 当座	ﾌﾘｶﾞﾅ	
	金融機関名		支店名		口座番号	氏名	

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年　月　日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名（申請者）

代理人住所

代理人氏名　　個人番号

次回以降の高額療養費の支給について、自動振込になることに同意します。（□はい・□いいえ）

様式第３３号（第２６条の２関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

朝霞市長　　印

国民健康保険高額療養費支給決定通知書

（宛名）

先に申請のあった国民健康保険高額療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円
支給決定日	年　月　日
振込期日	年　月　日
金融機関	
内訳	

申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

（お問い合わせ先）

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第３４号（第２６条の２関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険高額療養費不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険高額療養費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
不支給決定日	年　　月　　日				
不支給理由					
内訳					
申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第３５号（第２６条の３関係）

国民健康保険高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

（保険者記入欄）

支給申請書整理番号	

申請対象年度	年度	計算期間の始期及び終期	年　月　日から　年　月　日まで		枚中		枚目

フリガナ				保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
申請者（世帯主）氏名					1		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	年　月　日生				2		年　月　日から 年　月　日まで	
被保険者記号・番号		個人番号			3		年　月　日から 年　月　日まで	
計算の対象となる加入期間	年　月　日から　年　月　日まで			計算期間の末日において加入する医療保険者の名称				

受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。　※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 □振込口座を指定する。																
1. 窓口払い 2. 口座振込	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード				本店 支店 出張所	店舗コード			種目	口座番号							フリガナ
											1. 普通預金 2. 当座預金 9. その他								口座名義人

フリガナ				保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
世帯員氏名					1		年　月　日から 年　月　日まで	
被保険者記号・番号		個人番号			2		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	年　月　日生				3		年　月　日から 年　月　日まで	
計算の対象となる加入期間	年　月　日から　年　月　日まで							

フリガナ				保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号
世帯員氏名					1		年　月　日から 年　月　日まで	
被保険者記号・番号		個人番号			2		年　月　日から 年　月　日まで	
生年月日	年　月　日生				3		年　月　日から 年　月　日まで	
計算の対象となる加入期間	年　月　日から　年　月　日まで							

備考	

朝霞市長　　様　　申請年月日　　年　月　日

①外来年間合算の支給を申請します。
②自己負担額証明書の交付を申請します。
※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んでください。
　外来年間合算の支給申請のみを行う場合、①のみを丸で囲んでください。

郵便番号
住所
申請者氏名
電話番号

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状 国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。	世帯主氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ （申請者） 代理人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 代理人氏名　　個人番号

様式第３６号（第２６条の４関係）

年　　月　　日

（住所）
（氏名）

朝霞市長　　印

高額療養費（外来年間合算）支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額療養費（外来年間合算）の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

申請者（世帯主）氏名		被保険者記号		被保険者番号	

計算対象期間	年　月　日～　年　月　日		
申請年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円	支給額	円
給付の種類			
不支給の理由			
備考			

支払方法				
窓口払		口座払		
お持ちいただくもの		振込先	金融機関	
支払場所			口座種別	
支払期間			口座番号	
			口座名義人	

教　示

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に市を被告として（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。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、

①審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき
②処分、処分の執行又は手続き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

は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第３７号（第２６条の５関係）

（住所）
（氏名）

国民健康保険　高額療養費（外来年間合算）自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
申請者氏名			
生年月日	年　月　日		
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	年度
被保険者記号		被保険者番号	
対象となる計算期間	年　月　日～　年　月　日		
計算期間において世帯主（組合員）であった期間	年　月　日～　年　月　日		

診療年月						
	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要	自己負担額	摘要
年　8月分						
9月分						
10月分						
11月分						
12月分						
年　1月分						
2月分						
3月分						
4月分						
5月分						
6月分						
7月分						
計						

年　月　日

朝霞市長　印

【保険者連絡用】

※自己負担額欄には、現役並み所得区分であった期間は記載せず、摘要欄に「現役並み」と記載する。
※自己負担額欄には、地方単独公費に係る負担額を被保険者が負担したものと見なした額を記載する。

様式第３８号（第２７条関係）　　（表）

高額介護合算療養費等支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請対象年度	年度	申請区分	1.新規	2.変更	3.取下げ	（保険者等記入欄）	支給申請書整理番号	

フリガナ		個人番号		生年月日	年　月　日生	計算期間の始期及び終期	年　月　～　年　月
氏名							

国民健康保険資格情報

保険者番号	被保険者記号	被保険者番号	続柄	保険者名称	加入期間
			1.世帯主 2.擬制世帯主 3.世帯員		年　月　日から　年　月　日まで

後期高齢者医療資格情報

保険者番号	被保険者番号	広域連合名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

介護保険資格情報

保険者番号	被保険者番号	保険者名称	加入期間
			年　月　日から　年　月　日まで

受取口座

□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。
※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。
□振込口座を指定する。

1.窓口払い 2.口座振込	口座管理番号	振込口座記入欄	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	金融機関コード	本店 支店 出張所	店舗コード	1.普通預金 2.当座預金 9.その他	口座番号	フリガナ		振込先口座管理番号
									口座名義人		

保険者加入歴		保険者名	加入期間	添付の自己負担額証明書整理番号	備考欄
	1				
	2				
	3				

朝霞市長　殿

年　月　日

郵便番号

住所

申請者（世帯主）氏名　　個人番号

電話番号

① 上記対象者について、高額介護合算療養費の支給を申請します。
② 上記対象者について、自己負担額証明書の交付を申請します。

※自己負担額証明書の交付申請を行う場合、①・②のいずれも丸で囲んで下さい。
高額介護合算療養費の支給申請を行う場合、①のみを丸で囲んで下さい。
本申請をもって、保険者加入歴に記載のある他の保険者に対しても、支給を申請します。
はい　／　いいえ

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

国民健康保険給付費等に関する受領を右記の代理人に委任します。

世帯主氏名（申請者）

代理人住所

代理人氏名　　個人番号

(裏)

ご記入上の注意事項等

1．高額介護合算療養費等支給申請について

（1）医療保険の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した結果、一定の限度額を超えた場合に、その超えた額が高額介護合算療養費として支給されます。

（2）各資格情報欄については、申請対象年度末日（記載年の７月末日）に加入する医療保険（介護保険）の資格情報を記載して下さい。

（3）国民健康保険資格情報の続柄欄、「２．擬制世帯主」とは世帯員が国保の被保険者であるが、世帯主は国保の加入者ではない場合を指します。

（4）計算期間の始期及び終期の間に加入する医療保険（介護保険）に変更があった場合、保険者加入歴欄に以前に加入していた医療保険（介護保険）の保険者名称（広域連合名称）と加入期間を記載し、また同保険者（広域連合）加入時の自己負担額証明書を添付する場合には同証明書整理番号を記載して下さい。添付する同証明書がない場合には、「添付なし」と記載して下さい。

（5）複数名の支給額の同一口座への振り込みを希望する場合、該当者の振込口座記載欄（金融機関名から口座名義人まで）は記載せず、振込先口座管理番号欄に希望振込先口座の口座管理番号を記載して下さい。

例）口座管理番号２の被保険者への支給額を、口座管理番号１の被保険者の口座へ振り込んでほしい場合、口座管理番号２の被保険者の振込口座記載欄は記載せず、振込先口座管理番号欄に１と記載する。

（6）備考欄には、以下の内容を記載して下さい。

①国民健康保険、後期高齢者医療の被保険者

・当該医療保険者（広域連合）の所在地、及び同医療保険者における計算期間内の受診歴（以前に加入していた医療保険者における受診歴は記載する必要はありません。）

②健保組合等被用者保険の被保険者で介護保険の被保険者

・健保組合等被用者保険の名称、所在地、及び同保険者における計算期間内の受診歴

③死亡・海外移住・生保適用等により計算期間の途中に被保険者資格を適用終了した者（ただし、介護保険適用除外施設入所・他保険者への転出による適用終了者を除く。）

・被保険者資格を適用終了した年月日、被保険者資格を適用終了した事由

（7）国民健康保険における高額介護合算療養費は、世帯主・世帯員の支給合計額が世帯主（擬制世帯主）の口座に振り込まれることとなりますので、ご留意下さい。

（8）２名を超える対象者を記載する場合等、複数枚に渡ることがわかるよう、右上に全体の枚数と何枚目かを記載して下さい。

（9）介護保険被保険者証が交付されていない介護保険被保険者については、介護保険情報（保険者番号、被保険者番号、保険者の名称、加入期間）の記載は不要です。

（１０）介護保険で給付制限を受けており、自己負担が３割となっている方については、その給付制限期間中は自己負担額が零として計算されることとなり、高額医療合算介護（予防）サービス費の支給ができない場合があります。

2．自己負担額証明書交付申請について

（1）自己負担額証明書の交付を申請する場合、必ず同じ市町村の保険者番号を記載して下さい（２以上の市町村の保険者番号を記載しないで下さい）。

（2）各医療保険（介護保険）資格情報ごとに、複数保険者分の自己負担額証明書が必要である場合、それぞれの保険者へ申請する必要があります。

保険者記入上の注意事項

1．複数枚にわたる支給申請の受付時において、右上の支給申請書整理番号には提出者単位で同一の番号を記載すること。

2．支給申請書整理番号は以下の番号体系とすること。

「ＧＹＹ（申請対象年度和暦、平成の場合、Ｇは“4”）＋保険者番号８桁（国保保険者の場合、先頭２桁を“００”とする）＋保険者が付する通し番号６桁」（計１７桁）

なお、保険者が付する通し番号は、申請対象年度ごとに申請受付順に１から付番すること。

様式第３９号（第２７条の２関係）

発行日　　年　　月　　日

（住所）
（氏名）

朝霞市長　　印

高額介護合算療養費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額介護合算療養費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

被保険者氏名		被保険者記号		被保険者番号	

計算対象期間	年　月　日～　年　月　日		
申請年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日
計算対象期間中の自己負担額の合計額	円	支給額	円
給付の種類			
不支給の理由			
備考			

支払方法				
窓口払		口座払		
お持ちいただくもの		振込先	金融機関	
支払場所			口座種別	
支払期間			口座番号	
			口座名義人	

教　示

この通知書に記載された事項について不服のある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して３か月以内に埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。この決定の取消しを求める訴えは、前記の審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に市を被告として（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。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができないこととされていますが、

①審査請求があった日から３か月を経過しても裁決がないとき
②処分、処分の執行又は手続き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

は裁決を経ないでも処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第４０号　削除

様式第４１号（第２７条の３関係）

（住所）
（氏名）

国民健康保険　高額介護合算療養費　自己負担額証明書

下記のとおり証明いたします。

フリガナ			
申請者氏名			
生年月日	年　月　日		
自己負担額証明書整理番号			
保険者番号		証明対象年度	年度
被保険者記号		被保険者番号	
対象となる計算期間	年　月　日～　年　月　日		
計算期間において世帯主（組合員）であった期間	年　月　日～　年　月　日		
診療年月	自己負担額	うち７０歳～７４歳の者に係る自己負担額	摘要
年　8月分			
9月分			
10月分			
11月分			
12月分			
年　1月分			
2月分			
3月分			
4月分			
5月分			
6月分			
7月分			
計			

年　月　日

朝霞市長　印

様式第４５号から様式第５０号までを次のように改める。

様式第４５号（第２９条関係）

国民健康保険出産育児一時金支給申請書

支給額　　円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年　　月　　日

世帯主住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿　朝霞市長　殿

受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 □振込口座を指定する。												
振込先	金融機関			(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義人									
	口座種別	普通・当座・その他（　　）		口座番号									
被保険者記号・番号			世帯主氏名										
出産した被保険者氏名			個人番号		世帯主との続柄								
出産の年月日	年　　月　　日		支払種別 （出生前の請求は、貸付となります。）	支給・貸付									
出産の週（日）数	週（　　日）												

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状　　年　　月　　日

国民健康保険出産育児一時金の受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号 ＿＿＿＿＿＿＿＿

確認	１．住民異動届による ２． 確認者氏名

様式第４６号（第２９条の２関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険出産育児一時金支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険出産育児一時金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円
支給決定日	年　　月　　日
振込期日	年　　月　　日
金融機関	
内訳	

申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第４７号（第２９条の２関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険出産育児一時金不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険出産育児一時金の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円				
不支給決定日	年　　月　　日				
不支給理由					
内訳					
申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第４８号（第３０条関係）

国民健康保険葬祭費支給申請書

支給額　　円

上記金額を支給されるよう申請します。

ただし下記内訳のとおり

年　　月　　日

葬祭を行う者

住所

氏名　　個人番号

電話番号　　朝霞市長　殿

受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 □振込口座を指定する。											
振込先	金融機関			(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義人								
	口座種別	普通・当座・その他（　　）		口座番号								
被保険者記号・番号												
死亡した被保険者氏名				申請者との続柄								
死亡年月日	年　月　日　（喪失日　　年　月　日）											
葬祭執行年月日				交通事故等の第三者行為	有・無							

葬祭を行う者以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状　　年　月　日

国民健康保険葬祭費の受領を下記の代理人に委任します。

氏名（葬祭を行う者）

代理人住所

代理人氏名　　個人番号

確認	１．住民異動届による ２． 確認者氏名

様式第４９号（第３０条の２関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険葬祭費支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険葬祭費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円
支給決定日	年　　月　　日
振込期日	年　　月　　日
金融機関	
内訳	

申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第５０号（第３０条の２関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険葬祭費不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険葬祭費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円
不支給決定日	年　　月　　日
不支給理由	
内訳	

申請日	申請者（世帯主）	対象者	支給額 支給済額	貸付額 充当額	差引支払額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

（朝霞市国民健康保険高額療養費資金貸付規則の一部改正）

第２条　朝霞市国民健康保険高額療養費資金貸付規則（平成２年朝霞市規則第２８号）の一部を次のように改正する。

第５条中「朝霞市国民健康保険高額療養費資金借受申請書」を「国民健康保険高額療養費貸付申請書」に改める。

第６条中「朝霞市国民健康保険高額療養費資金貸付承認決定通知書」を「国民健康保険高額療養費貸付支給決定通知書」に、「貸付決定通知書」を「支給決定通知書」に、「朝霞市国民健康保険高額療養費資金貸付不承認決定通知書」を「国民健康保険高額療養費貸付不支給決定通知書」に改める。

第７条第１項中「貸付決定通知書」を「支給決定通知書」に改める。

様式第１号を次のように改める。

様式第１号（第５条関係）

国民健康保険高額療養費貸付申請書

年　月　日

朝霞市長　様

高額療養費支払の　委任　を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

申請者（世帯主）	被保険者記号・番号												
	(ﾌﾘｶﾞﾅ) 氏　名					個人番号							
	住　所	（電話　　）											
療養を受けた内容	療養を受けた者	（　　年　月　日生）				個人番号							
	期　間	入院　外来 年　月　日 ～　年　月　日						続柄					
	医療機関等	名　称											
		所在地											
受取口座	□公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限ります。 □振込口座を指定する。												
貸付金振込先	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合			(ﾌﾘｶﾞﾅ) 口座名義人								
	支店名												
	口座種別	普通・当座・その他（　）			口座番号								

世帯主以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入してください。

委任状

年　月　日

国民健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

世帯主氏名（申請者）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　個人番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式第３号及び様式第４号を次のように改める。

様式第３号（第６条関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険高額療養費貸付支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険高額療養費貸付の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円		
支給決定日	年　　月　　日		
振込期日	年　　月　　日		
金融機関			
内訳			
申請日	対象者氏名	診療年月 医療機関名	支給額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

様式第４号（第６条関係）

発行日：　　年　　月　　日

被保険者記号・番号：

医療機関番号：

（住所）

（氏名）

朝霞市長　　印

国民健康保険高額療養費貸付不支給決定通知書

先に申請のあった国民健康保険高額療養費貸付の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

金額	円		
不支給決定日	年　　月　　日		
不支給理由			
内訳			
申請日	対象者氏名	診療年月 医療機関名	支給額

教　示

あなたが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３か月以内に、埼玉県の国民健康保険審査会に対して審査請求をすることができます。なお、この処分の取消の訴えは、審査請求の裁決を経た後でないと、提起できませんが、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や処分の執行等による著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき、その他正当な理由があるときは、裁決を経なくても提起できます。この訴えは裁決の送達を受けた日の翌日から起算して６か月以内に、朝霞市を被告（代表者は朝霞市長）として提起できます。ただし、原則として、裁決の日から１年を経過する訴えを提起できません。

（朝霞市印鑑条例施行規則の一部改正）

第３条　朝霞市印鑑条例施行規則（平成１６年朝霞市規則第５５号）の一部を次のように改正する。

第４条第１項中「印鑑登録照会書・印鑑登録回答書・委任状」を「印鑑の登録に関する照会書・回答書・委任状」に改め、「。外国人住民（住民基本台帳法（昭和４２年法律第８１号）第３０条の４５に規定する外国人住民をいう。以下同じ。）の場合は、様式第２号の２」を削る。

第５条中「外国人住民」の次に「（住民基本台帳法（昭和４２年法律第８１号）第３０条の４５に規定する外国人住民をいう。以下同じ。）」を加える。

様式第２号を次のように改める。

様式第２号（第４条関係）

照会番号
年　　月　　日

住所

氏名　　様

埼玉県朝霞市長

印

印鑑の登録に関する照会書

年　月　日に、あなたの登録申請を受け付けましたが、あなたの意思に基づき申請されたものに相違なければ、回答書に全て自書し、申請された印鑑を押印して、切り離さずに　　年　　月　　日までに申請取り扱い窓口へ持参してください。

回　答　書　　年　　月　　日

埼玉県朝霞市長　様

照会のありました印鑑登録申請は、私の意思に基づくことに相違ありません。

申請した印鑑

住　　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人署名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人に委任するときは、登録する本人が回答書と以下の委任状を記入して持参させてください。

委　任　状　　年　　月　　日

代理人住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

回答書の提出及び印鑑登録証の受領について、上の者を代理人と定め、
その権限を委任いたします。

本人署名

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

備考：

（お問い合わせ先）

様式第２号の２を削る。
様式第３号を次のように改める。

様式第３号（第５条、第６条、第８条、第１２条、第１３条、第１４条関係）

印鑑登録原票

印鑑登録番号		登録年月日	

登録印影	氏名	
	旧氏	
	―	
	生年月日	
	住所	

様式第３号の２を次のように改める。

様式第３号の２（第５条、第６条、第８条、第１２条、第１３条、第１４条関係）

印鑑登録原票

印鑑登録番号		登録年月日	

登録印影	氏名	
	通称	
	生年月日	
	住所	

様式第８号を次のように改める。

様式第８号（第１３条関係）

印鑑登録証明書

登録印影	氏名	
	旧氏	
	―	
	生年月日	
	住所	

この写しは登録された印影と相違ないことを証明する。

年　　月　　日

埼玉県朝霞市長

印

様式第９号を次のように改める。

様式第９号（第１３条関係）

印鑑登録証明書

登録印影	氏名	
	通称	
	生年月日	
	住所	

この写しは登録された印影と相違ないことを証明する。

年　　月　　日

埼玉県朝霞市長

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細則の一部改正）

第４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細則（平成１８年朝霞市規則第３４号）の一部を次のように改正する。

第３条第１項中「(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）支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」を「（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）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」に改め、同条第４項中「却下決定通知書」を「却下決定通知書（介護給付費等）」に改める。

第５条第１項中「(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）支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書」を「（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書」に改め、同条第３項中「変更却下決定通知書（様式第７号）」を「却下決定通知書（介護給付費等）」に改める。

第６条中「様式第８号」を「様式第７号」に改める。

第７条を削る。

第８条中「受給者証再交付申請書（様式第１０号）」を「受給者証再交付申請書（介護給付費等）（様式第８号）」に改め、同条を第７条とする。

第９条を削る。

第１０条第１項中「様式第１３号」を「様式第９号」に改め、同条第３項中「様式第１４号」を「様式第１０号」に改め、同条第４項中「様式第１５号」を「様式第１１号」に改め、同条を第８条とする。

第１０条の２第１項中「様式第１５号の２」を「様式第１１号の２」に改め、同条第２項中「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書兼計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書（様式第１５号の３）」を「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書（様式第１１号の３）によるものとし、相談支援の事業所の変更の届出等は、計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書（様式第１１号の４）」に改め、同条第３項中「様式第１５号の４」を「様式第１１号の５」に改め、同条第４項中「様式第１５号の５」を「様式第１１号の６」に改め、同条第５項中「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書（様式第１５号の６）」を「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書（様式第１１条の７）」に改め、同条を第８条の２とする。

第１１条第１項中「は、高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第１６号）」を「のうち、施行令第４７条第１項に規定する者は、施行令第４７条第１項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第１２号）によるものとし、同条第６項に規定する者は、施行令第４７条第６項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書（様式第１２号の２）」に改め、同条第２項中「高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（様式第１７号）を申請者に」を「前項に規定する施行令第４７条第１項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書の申請者に対しては、施行令第４７条第１項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（様式第１３号）を、同項に規定する施行令第４７条第６項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書の申請者に対しては、施行令第４７条第６項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書（様式第１３号の２）を」に改め、同条を第９条とする。

第１１条の２第１項中「特定障害者特別給付費申請内容変更届出書（様式第１７号の２」を「（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」に改め、同条を第９条の２とする。

第１１条の３中「特定障害者特別給付費変更通知書（様式第１７号の３）」を「（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書」に改め、同条を第９条の３とする。

第１１条の４中「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（様式第１７号の４）」を「支給決定取消通知書」に改め、同条を第９条の４とする。

第１１条の５第１項中「様式第１７号の５」を「様式第１４号」に改め、同条を第９条の５とする。

第１１条の６第１項中「様式第１７号の６」を「様式第１４号の２」に、「自立支援医療受給者証（育成医療用）（様式第１７号の７」を「自立支援医療受給者証（育成医療）（様式第１４号の３）」に改め、同条第２項中「様式第１７号の８」を「様式第１４号の４」に改め、同条を第９条の６とする。

第１１条の７中「様式第１７号の９」を「様式第１４号の５」に改め、同条を第９条の７とする。

第１１条の８第１項中「様式第１７号の１０」を「様式第１４号の６」に改め、同条第２項中「第１１条の５」を「第９条の５」に、「自立支援医療

費（育成医療）支給変更申請却下通知書（様式第１７号の１１）」を「自立支援医療費（育成医療）申請却下通知書」に改め、同条を第９条の８とする。

第１１条の９中「自立支援医療受給者証（育成医療用）再交付申請書（様式第１７号の１２」を「自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療）（様式第１４号の７）」に改め、同条を第９条の９とする。

第１１条の１０中「様式第１７号の１３」を「様式第１４号の８」に改め、同条を第９条の１０とする。

第１２条第１項中「様式第１８号」を「様式第１５号」に改め、同条を第１０条とする。

第１３条第１項中「自立支援医療費（更生医療）支給認定通知書（兼自己負担額減額・免除認定通知書）（様式第１９号）」を「自立支援医療（更生医療）支給認定決定通知書（兼自己負担額減額・免除認定通知書）（様式第１６号）」に、「自立支援医療受給者証（更生医療用）（様式第２０号）」を「自立支援医療受給者証（更生医療）（様式第１７号）」に改め、同条第２項中「様式第２１号」を「様式第１８号」に改め、同条を第１１条とする。

第１４条中「自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療用）（様式第２２号）」を「自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）（様式第１９号）」に改め、同条を第１２条とする。

第１５条第１項中「様式第２３号」を「様式第２０号」に改め、同条第２項中「自立支援医療費（更生医療）支給変更申請却下通知書（様式第２４号）」を「自立支援医療費（更生医療）申請却下通知書」に改め、同条を第１３条とする。

第１６条中「自立支援医療受給者証（更生医療用）再交付申請書（様式第２５号」を「自立支援医療受給者証（更生医療）再交付申請書（様式第２１号）」に改め、同条を第１４条とする。

第１７条中「様式第２６号」を「様式第２２号」に改め、同条を第１５条とする。

第１８条中「様式第２７号」を「様式第２３号」に改め、同条を第１６条とする。

第１９条第１項中「様式第２８号」を「様式第２４号」に改め、同条第２項中「様式第２９号」を「様式第２５号」に、「様式第３０号」を「様式第２６号」に改め、同条第３項中「補装具費の支給申請却下決定通知書（様式第３１号）を「却下決定通知書（様式第２７号）」に改め、同条を第１７条とし、第２０条を第１８条とする。

様式第１号から様式第１１号までを次のように改める。

様式第１号から様式第１１号までを次のように改める。

様式第１号（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）支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

朝霞市長　宛

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　月　日

申請者	フリガナ		個人番号	
	氏　名		生年月日	年　月　日
	居住地	〒	電話番号	
フリガナ			個人番号	
支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　月　日
			続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）							

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

サービスの利用状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定			有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	介護保険サービス	要介護認定		要介護度		
		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 介護給付費	サービスの種類 訓練等給付費	申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	□ 居宅介護	□ 就労定着支援	
		□ 重度訪問介護	□ 自立生活援助	
		□ 同行援護	□ 就労選択支援	
		□ 行動援護		
		□ 短期入所		
		□ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	□ 療養介護	□ 自立訓練（機能訓練）	
		□ 生活介護	□ 自立訓練（生活訓練）	
			□ 宿泊型自立訓練	
			□ 就労移行支援	
			□ 就労移行支援（養成施設）	
			□ 就労継続支援Ａ型	
			□ 就労継続支援Ｂ型	
	居住系	□ 施設入所支援	□ 共同生活援助（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）	
	地域相談支援	□ 地域移行支援		
		□ 地域定着支援		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害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、朝霞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	□ 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、障害児及び 20 歳未満の施設入所者:所得割 28 万円未満）に属する者	
	□ Ⅱ　医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	（２０歳以上の方） 1．療養介護利用者であること（年齢　　歳） 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（年齢　　歳）
	□ 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（　年齢　　歳） 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（　年齢　　歳）
	□ 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。	
	□ 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（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。 ※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

様式第１号の２（第２条の２関係）

第　　号
年　　月　　日

様　　朝霞市長　　印

障害支援区分認定通知書

年　　月　　日付けの（支給申請　支給決定の変更申請）に基づき（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２１条　第２４条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

受給者証番号											支給決定障害者氏名	
認定年月日												

障害支援区分	変更前	
	変更後	
	備考	
障害支援区分の認定の有効期間		

（留意事項）
1　変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（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をする場合があります。
3　認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第２号（第３条関係）

第　　号
年　　月　　日

様　　朝　霞　市長　　印

（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）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

年　月　日に申請のありました（（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）（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、（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第２２条（及び）第２９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第３４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第５１条の７及び第５１条の１４）の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

障害福祉サービス受給者証番号				地域相談支援受給者証番号	
支給（給付）決定障害者（保護者）氏名				支給決定に係る児童氏名	
障害支援区分		支給（給付）決定年月日		障害支援区分の有効期間	
支給（給付）決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給（給付）量		有効期間	
	特記事項				
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		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・重度障害者等包括支援）		月額　円		左の給付費の適用期間	
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（食事療養（生活療養）を除く）の負担上限月額	月額　円		食事療養（生活療養）の負担上限月額	月額　円
	上限額の適用期間				

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第3号（第3条関係）

（一）

障害福祉サービス受給者証

受給者証番号		
支給決定障害者等	居住地	
	フリガナ・	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
障害種別		
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び印		朝霞市長　印

（二）

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　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（三）

サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで

（四）

訓練等給付費の支給決定内容	
障害支援区分	
認定有効期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（五）

計画相談支援給付費の支給内容	
支給期間	年　月から　年　月まで
指定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　日から　年　月　日まで
共同生活援助又は重度障害者等包括支援	
支給額	円／月
適用期間	年　月　日から　年　月　日まで
予備欄	

（六）

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

（七）

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
1	事業者及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
	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	
	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
	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	
	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
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

（八）

番号	訪問系サービス事業者記入欄	
4	事業者及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
	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	
	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
	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	
	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
	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
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）

番号	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	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	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	
2	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	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	
3	事業者及びその事業所の名称	
	サービス内容	
	契約支給量	日
	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	

（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 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
予備欄		

（十二）

就労定着支援・自立生活援助事業者記入欄		
番号	事業者及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
予備欄		

（十三）

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス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。
3　療養介護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。
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、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。
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。
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。

（十四）

注意事項欄

7　支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害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。）
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。
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。
　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.
10　この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
11　受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
12　不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
13　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。

様式第3号の2（第3条関係）

（一）

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	年　月　日
障害種別		
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び印		朝霞市長　印

（二）

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　日から　年　月　日まで
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　日から　年　月　日まで
予備欄	

（三）

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	事業者及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		

様式第3号の3（第3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	居住地		
	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　月　日
負担上限月額	療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く。）	月額　　円	
	食事療養（生活療養）	月額　　円	
適用期間	年　月　日　から　　年　月　日　まで		
交付年月日	年　　月　　日		
特記事項			
支給市町村名及び印	朝霞市長　　印		

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2 療養介護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及び医療保険の被保険者証を添えて、指定療養介護事業所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一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。
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市町村にこの証を添えて、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、市町村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、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　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、この証を交付した市町村に届け出てください。
8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。
9 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。
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。

様式第４号（第３条関係、第５条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

却下決定通知書（介護給付費等）

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

記

1　申請事項

2　却下の理由

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。)、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第５号（第４条、第９条の２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

朝霞市長　宛

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　月　日

申請者	フリガナ		個人番号	
	氏　名		生年月日	年　月　日
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			個人番号	
支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　月　日
			続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び番号(※)			
障害基礎年金１級の受給の有無（就労継続支援のサービスを申請する者に限る。）							

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

サービスの利用状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定		有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等			
	介護保険サービス	要介護認定		要介護度	
		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 介護給付費	サービスの種類 訓練等給付費	申請に係る具体的内容
	訪問系・その他	□ 居宅介護	□ 就労定着支援	
		□ 重度訪問介護	□ 自立生活援助	
		□ 同行援護	□ 就労選択支援	
		□ 行動援護		
		□ 短期入所		
		□ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	□ 療養介護	□ 自立訓練（機能訓練）	
		□ 生活介護	□ 自立訓練（生活訓練）	
			□ 宿泊型自立訓練	
			□ 就労移行支援	
			□ 就労移行支援（養成施設）	
			□ 就労継続支援Ａ型	
			□ 就労継続支援Ｂ型	
	居住系	□ 施設入所支援	□ 共同生活援助（ｸﾞﾙｰﾌﾟﾎｰﾑ）	
	地域相談支援	□ 地域移行支援		
		□ 地域定着支援		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害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、朝霞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		
	□ 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、障害児及び 20 歳未満の施設入所者:所得割 28 万円未満）に属する者	
	□ Ⅱ　医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈２０歳以上の方〉 １．療養介護利用者であること（年齢　　歳） 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（年齢　　歳）
	□ 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（　年齢　　歳） 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（　年齢　　歳）
	□ 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。	
	□ 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（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。 ※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

様式第５号の２（第４条の２関係）

第　　号
年　月　日

様

朝霞市長　　印

障害支援区分変更認定通知書

年　　月　　日付けの（支給申請　支給決定の変更申請）に基づき（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２１条　第２４条）の規定により、下記のとおり障害支援区分の変更の認定を行ったので通知します。

記

受給者証番号		支給決定障害者氏名	
認定年月日			

障害支援区分	変更前	
	変更後	
	備考	
障害支援区分の認定の有効期間		

（留意事項）
1　変更後の障害支援区分や利用者の方のサービスの利用意向等を踏まえ、別途サービス利用に係る支給決定（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をする場合があります。
3　認定結果等について、不明な点があれば下記の担当課にご連絡ください。

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第６号（第５条、第９条の３関係）

第　　号

年　　月　　日

様　　朝霞市長　　印

（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

年　　月　　日に申請のありました（（介護給付費　訓練等給付費　特定障害者特別給付費）の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）について、（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（及び）第２９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第３４条）の規定に基づき下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番号		支給決定障害者（保護者）氏名	
変更年月日		支給決定に係る児童氏名	
変更の内容	変更前		
	変更後		

受給者証を朝霞市　　課に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先

提出期限

教示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第７号（第６条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

支給決定取消通知書

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

記

受給者証番号		給付決定保護者氏名	
支給決定取消日		給付決定に係る児童氏名	
取消理由			

受給者証を朝霞市　　課に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先

返還期限

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第８号（第７条関係）

受給者証再交付申請書（介護給付費等）

朝霞市長　様

年　月　日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1　障害福祉サービス受給者証 2　地域相談支援受給者証 3　療養介護医療受給者証	受給者証番号	
フリガナ		生年月日	年　月　日
支給（給付）決定障害者（保護者）氏名		個人番号	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年　月　日
支給決定に係る児童氏名		続柄	
		個人番号	
申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		
申請の理由	1　汚損　2紛失　3　その他 具体的な状況		

※従前使用していた受給者証を添付すること（紛失を除く。）。

様式第９号(第８条関係)

利用者負担額減額・免除等申請書

申請年月日　　年　　月　　日

朝霞市長　宛

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		受給者番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
支給申請に係る障害児氏名			続柄	
減額・免除申請理由				

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	利用中の施設支援の種類・内容等及び障害程度区分			
	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			

申請書提出者	□　申請者本人　　□　申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

様式第１０号(第８条関係)

利用者負担額減額・免除等決定通知書

第　　号
年　月　日

様

朝霞市長　　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31条の規定に基づき、利用者負担額減額・免除について、下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

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	
適用年月日			
介護給付費等の給付率			
訓練等給付費支給に当たり控除する額	日額　　円		

受給者証を　　に提出してください。
提出先
提出期限　　年　月　日

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１１号(第８条関係)

利用者負担額減額・免除等却下決定通知書

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

年　　月　　日に申請された(介護給付費　訓練等給付費　特例介護給付費　特例訓練等給付費)の利用者負担額減額・免除等については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1　申請事項

2　却下の理由

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。)、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１１号の次に次の６様式を加える。

様式第１１号の２（第８条の２関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（第２２条第４項　第２４条第３項　第５１条の７第４項）・児童福祉法（第２１条の５の７第４項　第２１条の５の８第３項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。

提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

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

・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

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

提出先

様式第１１号の３（第８条の２関係）

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

朝霞市長　宛

次のとおり、（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の17第1項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第24条の26第1項に規定する障害児相談支援給付費）の支給を申請します。

申請年月日　　年　月　日

<table>
<tr><td rowspan="3">申請者</td><td>フリガナ</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td><td colspan="2">個人番号</td></tr>
<tr><td>居住地</td><td>〒
電話番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">フリガナ</td><td></td><td>生年月日</td><td>年　月　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">申請に係る児童氏名</td><td rowspan="2"></td><td>続柄</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">個人番号</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>申請書提出者</td><td colspan="3">□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）</td></tr>
<tr><td>フリガナ</td><td></td><td rowspan="2">申請者との関係</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="3">〒
電話番号</td></tr>
</table>

様式第１１号の４（第８条の２関係）

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

朝霞市長　　宛

次のとおり届出します。

届出年月日　　年　　月　　日

区分	

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
申請に係る児童氏名			続柄	
			個人番号	

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

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

変更年月日　　年　　月　　日

様式第１１号の５（第８条の２関係）

第　　号
年　月　日

様

朝霞市長　　印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５１条の１７第１項・児童福祉法第２４条の２６第１項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
通所受給者証番号			
申請者氏名		申請に係る児童氏名	
支給の可否			
支給する	支給期間		
	モニタリング期間		
支給しない	支給しない理由		

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１１号の６（第８条の２関係）

第　　号
年　月　日

様

朝霞市長　　印

モニタリング期間変更通知書

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

記

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

様式第１１号の７（第８条の２関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５１条の１７第１項・児童福祉法第２４条の２６第１項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
通所受給者証番号			
支給取消に係る障害者（保護者）		支給取消に係る児童名	
支給取消日			
取消理由			
障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証提出先及び提出期限	提出先： 提出期限：		

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１２号を次のように改める。

様式第１２号（第９条関係）

施行令第４７条第１項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

朝霞市長　宛

次のとおり関係書類を添え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第４７条第１項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日　　年　　月

フリガナ		①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法	
申請者氏名（支給決定障害者等氏名）		制度	受給者証番号・被保険者証番号
		①	
生年月日	年　月　日	②	
個人番号		③	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年　月　日
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		申請に係るサービス利用月	年　月分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			

同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏名	生年月日	①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法	
			制度	受給者証番号・被保険者証番号
			①	
			②	
	個人番号		③	
			①	
			②	
	個人番号		③	
			①	
			②	
	個人番号		③	

（注１）支払額を証する領収書を添付してください。
（注２）世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
（注３）申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。			
口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 （　　）	本店 支店 出張所 （　）	種目 １普通預金 ２当座預金 ４貯蓄預金 ９その他	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人カナ			
申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）			
フリガナ		申請者との関係		
氏名				
住所	〒 電話番号			

様式第１２号の次に次の１様式を加える。

様式第１２号の２（第９条関係）

施行令第４７条第６項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

朝霞市長　宛

次のとおり関係書類を添え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第４７条第６項に規定する高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

フリガナ		①障害者総合支援法　②介護保険法	
申請者氏名		制度	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	年　　月　　日	①	
個人番号		②	
居住地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	個人番号
配偶者氏名			
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額（注）		申請に係るサービス月利用	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受給有無	□無 □有		

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）してください。

（注）支払額を証する領収書を添付してください。

受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。			
口座振替依頼書	銀行信用金庫信用組合（　　）	本店支店出張所（　　）	種目 1 普通預金 2 当座預金 4 貯蓄預金 9 その他	口座番号
	金融機関コード	店舗コード		
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	口座名義人カナ			
申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）			
フリガナ		申請者との関係		
氏名				
住所	〒 電話番号			

様式第１３号を次のように改める。

様式第１３号（第９条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

施行令第４７条第１項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給につ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施行令第４７条第１項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障害者（保護者）氏名		受給者証番号	
支給決定に係る児童氏名			

申請年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日
本人支払額		申請に係るサービス利用月	
支　給		支給金額	
不支給の理由			

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１３号の次に次の１様式を加える。

様式第１３号の２（第９条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

施行令第４７条第６項に規定する高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費の支給につ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施行令第４７条第６項に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

対象者氏名		受給者証番号										

申請 年月 日	年　月　日	決定年 月 日	年　月　日
障害福祉相当介護保険サービスに係る本人支払額（注）		申請に係る障害福祉相当介護保険サービスの利用月	
支　　給		支 給 金 額	
不支給の理由			

（注）生活保護受給者等の方については、生活保護制度における介護扶助等の金額を記載（本人支払額があれば分けて記載）しています。

振込先	金融機関	
	口座種目	
	口座番号	
	口座名義人	

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１４号を次のように改める。

様式第１４号（第９条の５関係）

自立支援医療費（育成医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・再認定・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。

受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	年　月　日
	住所	〒	電話番号	
	個人番号			
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係	
	保護者氏名			
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電話番号	
	保護者個人番号			
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		保険者番号	保険種別
			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		重度かつ継続	
身体障害者手帳番号			受給者番号	
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	
備考				

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名　　年　月　日

朝霞市長　殿

※　「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※　「保護者住所」「保護者電話番号」は受診者本人と異なる場合に記入。
※　「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※　「申請者氏名」については、記名又は自筆による署名のいずれかとすること。

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		認定年月日	
前回所得区分	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
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
所得確認方法	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			
備考					

様式第１４号の次に次の７様式を加える。

様式第14号の2（第9条の6関係）

様

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療費（育成医療）支給認定通知書
（兼自己負担額減額・免除認定通知書）

朝霞市長　　印

先に申請のありました自立支援医療費（育成医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
保護者氏名			
有効期間	から　　まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限額管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

教示

1　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3か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記1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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１４号の３（第９条の６関係）

自立支援医療受給者証（育成医療）

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			
	住　所			
	加入医療保健の記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	
	特定疾病療養受療の認定			

保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄
	氏　名		
	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	

重度かつ継続		自己負担上限額	
有効期間	から		まで

上記のとおり認定する。

年　月　日

朝霞市長　印

※　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を医療機関窓口に提出すること。

自立支援医療受給者証（育成医療）（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	
医療の具体的方針	
特記事項	

様式第14号の4（第9条の6、第9条の8関係）

様

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療費（育成医療）申請却下通知書

朝霞市長　　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５８条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

申　請　日			
受診者氏名		生年月日	
住　　所			
保護者氏名			
理　　由			

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１４号の５（第９条の７関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 育成医療用 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　月　日
	住　　所	〒	電話番号
	個人番号		

保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄
	氏　名		
	住　所	〒　□受診者と同じ	電話番号
	個人番号		

自立支援医療費受給者番号	
受給者証の有効期間	から　まで

	事　項	変　更　前	変　更　後
変更内容	受診者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	保護者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	被保険者証に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）		
	身体障害者手帳番号		
備　考			

私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

年　　月　　日

朝霞市長　　殿

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

様式第14号の6（第9条の8関係）

様

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療費（育成医療）支給変更認定通知書
（兼自己負担額減額・免除変更認定通知書）

朝霞市長　　印

先に申請のありました自立支援医療費（育成医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受給者番号		変更決定日	
受診者氏名			
保護者氏名			
有効期間	から　　まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
変更の理由			

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限額管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

教示

1　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3か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記1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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第14号の7（第9条の9関係）

自立支援医療受給者証再交付申請書（ 育成医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　月　日
	住　　所	〒	電話番号
	個人番号		
受診者が18歳未満の場合	フリガナ		受診者との関係
	保護者氏名		
	保護者住所	〒　□受診者と同じ	電話番号
	保護者個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　まで	
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1　紛失 2　破損、汚損 3　その他（　　）	

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　月　日

朝霞市長　殿

※　破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
※　再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。

様式第14号の8（第9条の10関係）

様

第　　号
年　　月　　日

自立支援医療費（育成医療）支給認定取消通知書

朝霞市長　　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条の規定により、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

受給者番号	
受診者氏名	
保護者氏名	
支給認定取消日	
取消理由	
備考	
お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。	

教示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１５号を次のように改める。

様式第１５号（第１０条関係）

自立支援医療費（更生医療）支給認定申請書（新規・再認定・変更）

※該当する新規・再認定・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。

受診者	フリガナ		年齢	生年月日
	氏名		歳	年　月　日
	住所	〒	電話番号	
	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		保険者番号	保険種別
			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		重度かつ継続	
身体障害者手帳番号			受給者番号	
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	
備考				

私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。

申請者氏名　　年　月　日

朝霞市長　殿

※「該当する所得区分」、「重度かつ継続」はチェックシートを参照し、該当すると思う区分を記入する。
※「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入。
※「申請者氏名」については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

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		認定年月日	
前回所得区分	生保・低１・低２・中間１・中間２・一定以上			重度かつ継続	該当・非該当
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
所得確認方法	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		
備考					

様式第１５号の２から様式第１５号の６までを削る。
様式第１６号及び様式第１７号を次のように改める。

様式第16号（第11条係）

第　　号
年　　月　　日

様

自立支援医療（更生医療）支給認定決定通知書（兼自己負担額減額・免除認定通知書）

朝霞市長　　印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受給者番号		認定日	
受診者氏名			
有効期間	から　　まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限額管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

教示

1　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3か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記1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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して3か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第17号(第11条関係)

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			
	住　所			
	加入医療保険の記号及び番号		保険者番号	
			保険者名	
	特定疾病療養受療の認定			
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	
重度かつ継続			自己負担上限額	
有効期間		から		まで

上記のとおり認定する。

年　月　日　　朝霞市長　印

※ 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を医療機関窓口に提出すること。

自立支援医療受給者証（更生医療）（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	
医療の具体的方針	
特記事項	

様式第１７号の２から様式第１７号の１３までを削る。
様式第１８号から様式第２７号までを次のように改める。

様式第18号（第11条、第13条関係）

第　　号
年　月　　日

様

自立支援医療費（更生医療）申請却下通知書

朝　霞　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５８条第１項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

申　請　日			
受診者氏名		生年月日	
住　　所			
理　　由			

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１９号（第１２条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（ 更生医療 ）

受診者	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　月　日
	住　　所	〒	電話番号
	個人番号		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		から　　まで	

	事　項	変　更　前	変　更　後
変更内容	受診者に関する事項（氏名・氏名フリガナ・住所・電話番号）		
	加入医療保険に関する事項（記号及び番号・保険者名・受診者と同一の加入者）		
	身体障害者手帳番号		
備　考			

私は、自立支援医療支給認定申請書及び自立支援医療受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。

届出者氏名

年　　月　　日

朝霞市長　殿

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療支給認定申請書（変更）に記載すること。

様式第20号（第13条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

自立支援医療費（更生医療）支給変更認定通知書
（兼自己負担額減額・免除変更認定通知書）

朝霞市長　　印

先に申請のありました自立支援医療費（更生医療）については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受給者番号		変更決定日	
受診者氏名			
有効期間	から　　まで		
医療の具体的方針			
病院・診療所			
薬局			
訪問看護事業者			
自己負担上限額		重度かつ継続	
変更の理由			

（注意事項）
医療機関に受診する際は、必ず「自立支援医療受給者証」を窓口で提示してください。また、受給者証とあわせて「自己負担上限額管理票」の交付を受けた人はこれも同時に提出してください。

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第21号（第14条関係）

自立支援医療受給者証（ 更生医療 ）再交付申請書

受診者	フリガナ											生年月日	
	氏　　名											年　月　日	
	住　　所	〒										電話番号	
	個人番号												
自立支援医療費受給者番号													
受給者証の有効期間		から　　まで											
再交付を申請する理由		該当するものに○を付けてください。 1　紛失 2　破損・汚損 3　その他（　　）											

上記理由により、自立支援医療受給者証の再交付を申請します。

申請者氏名

年　　月　　日

朝霞市長　殿

※　破損又は汚損の場合は、再交付を受けようとする受給者証を添付してください。
※　再交付を受けた後、紛失した受給者証が見つかったときは、速やかに市町村長に返還してください。

様式第22号（第15条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

自立支援医療費（更生医療）支給認定取消通知書

朝　霞　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、下記のとおり支給認定を取り消しましたので通知します。

受給者番号	
受診者氏名	
支給認定取消日	
取消理由	
備考	
お手持ちの受給者証は市役所窓口で返還してください。	

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第23号（第16条関係）

基準該当療養介護医療費支給申請書

【　　年　　月分】

朝霞市長　　宛

年　　月　　日

下記のとおり、関係書類を添えて基準該当療養介護医療費の支給を申請します。

フリガナ		公費受給者番号						
申請者氏名								
申請者生年月日	年　　月　　日							
居住地								
基準該当療養介護医療費請求額	円							

申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏名		申請者との関係	
住所	〒 電話番号		

上記に関する基準該当療養介護医療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　9　その他
			口座番号	
	金融機関コード	店舗コード		
	ﾌﾘｶﾞﾅ			
	口座名義人			

（注意）この申請書に基準該当療養介護医療費の額を証する領収証を添付してください。

市記入欄

領収書確認欄	備考

様式第24号（第17条関係）

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日　　年　　月　　日

（あて先）朝霞市長　様

申請者	住　　所	〒
	氏　　名	
	個人番号	
	対象者との続柄	
	電話番号	

下記のとおり補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）をいたします。
補装具費の支給申請（購入・借受け・修理）の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

対象者	□　申請者と同じ　※申請者と同じ場合、生年月日のみ記載してください。			
	住　　所	〒		
	フリガナ 氏　　名			
	個人番号			
	生年月日	年　　月　　日	電話番号	
身体障害者手帳 障　害　名	手帳番号	第　　号		
	交付年月日	年　月　日	障害種別・等級	
疾患名	（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に規定する疾患名を記載のこと）			
購入・借受け・修理 を受ける補装具名				
判定予定日				
希望する 補装具 事業者	名　称			
	所在地			
	電話番号		FAX	
該当する所得区分				
生活保護への移行予防措置に関する認定	□　生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。			

様式第25号（第17条関係）

第　　号
年　月　日

様

朝霞市長　　印

補装具費支給決定通知書

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	住　所	〒		
	フリガナ			
	氏　名			
	生年月日	年　月　日	電話番号	
保護者氏名			続柄	
支給番号		支給決定日	年　月　日	
決定内容		借受け期間	年　月　日～年　月　日	
補装具名				
補装具事業者	名　称			
	所在地	〒		
	電話番号			

基準額	見積額	利用者負担額		公費負担額
円	円	合計額	円	（合計額）
月額負担上限額		月額（借受けの場合）	（初月）　円	
円			（中間月）　円	
			（最終月）　円	

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第26号（第17条関係）

補装具費支給券

支給番号		支給決定日		購入・借受け・修理の別	
借受け期間（借受けの場合）	年　月　日　～　年　月　日				
氏名		生年月日			
住所					
保護者氏名		続柄			
補装具の名称					
修理部位					
処方					
補装具事業者	名称				
	所在地	〒			
	電話番号				

基準額	見積額	利用者負担額	公費負担額
円	円	円	円
月額負担上限額			
円			

上記のとおり決定する。

年　月　日

朝霞市長　印

適合判定	判定年月日	年　月　日	判定員職氏名			
受領	受領年月日	年　月　日	受領者氏名		本人との関係	

様式第27号（第17条関係）

第　　号

年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

却下決定通知書

先に申請された補装具費の支給申請及び利用者負担額減額・免除等申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1　申請事項

申請日：
対象者氏名：
補装具名：

2　却下の理由

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第２８号から様式第３１号までを削る。

（児童福祉法に基づく障害児通所給付費等の支給等に関する規則の一部改正）

第５条　児童福祉法に基づく障害児通所給付費等の支給等に関する規則（平成２４年朝霞市規則第１１号）の一部を次のように改正する。

第３条第２項中「肢体不自由通所医療受給者証」を「肢体不自由児通所医療受給者証」に改め、同条第３項中「却下決定通知書」を「却下決定通知書（障害児通所給付費）」に改める。

第７条中「申請内容変更届出書」を「申請内容変更届出書（障害児通所給付費）」に改める。

第８条中「受給者証再交付申請書」を「受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）」に改める。

第１２条中「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書兼計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書（様式第１７号）」を「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書（様式第１７号）によるものとし、相談支援の事業所の変更の届出等は、計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書（様式第１７号の２）」に改める。

第１３条中「計画相談支援給付費支給（却下）通知書」を「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書」に改める。

第１５条中「計画相談支援給付費支給取消通知書」を「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給取消通知書」に改める。

様式第１号から第９号までを次のように改める。

様式第１号（第２条関係）

（表）

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

朝霞市長　宛

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　月　日

申請者	フリガナ		個人番号	
	氏　名		生年月日	年　月　日
	居住地	〒	電話番号	
フリガナ			個人番号	
支給申請に係る児童氏名			生年月日	年　月　日
			続　柄	

身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□児童発達支援	
	□医療型児童発達支援	
	□放課後等デイサービス	
	□居宅訪問型児童発達支援	
	□保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、朝霞市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

（裏）

主治医(※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

申請する減免の種類	□ Ⅰ	負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1．生活保護受給世帯 2．市町村民税非課税世帯に属する者 3．市町村民税課税世帯（所得割 28 万円未満）に属する者
	□ Ⅱ	多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。） 1．第２子に該当する者 2．第３子以降に該当する者 ※　在園証明等が必要となります。
	□ Ⅲ	生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。 ※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

様式第２号（第３条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝　霞　市　長　　印

障害児通所給付費支給決定通知書兼
利用者負担額減額・免除等決定通知書

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

記

受給者証番号		通所給付決定保護者氏名	
給付決定年月日		給付決定に係る障害児氏名	
負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
多子軽減対象		無償化対象期間	

給付決定内容	通所支援の種類	支給量	有効期間
	特記事項		

肢体不自由児通所医療				
	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）の負担上限月額	月額　　円		
	上限額の適用期間			

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第3号(第3条関係)

(一)

通所受給者証

受給者証番号		
通所給付決定保護者	居住地	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
児童	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
交付年月日		年　月　日
支給市町村名及び印		朝霞市長　印

(二)

障害児通所給付費の給付決定内容

支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
特記事項欄	
予備欄	

(三)

障害児通所給付費の給付決定内容

支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
支援の種類	
支給量等	
給付決定期間	年　月　日から　年　月　日まで
特記事項欄	
予備欄	

（四）

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

（五）

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

（六）

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
1	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援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	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援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	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

（七）

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援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	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援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	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年　月　日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年　月　日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

（八）

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。
3　医療型児童発達支援を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。
4　指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の総額の１割相当を超えるときは１割相当の額）です。ただし、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります（個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。）。なお、基準該当通所支援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。
5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
6　給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。

（九）

注意事項欄

7　支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。
8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14 日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。
9　給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14 日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村（旧居住地の市町村）に届け出てください。
10　この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。
11　受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。
12　不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
13　給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。

様式第4号(第3条関係)

肢体不自由児通所医療受給者証

公費負担者番号			
公費受給者番号			
通所給付決定保護者	居住地		
	フリガナ		生年月日
	氏　　名		年　月　日
負担上限月額	肢体不自由児通所医療(食事療養を除く)	月額　　円	
適用期間	年　月　日　から　　年　月　日　まで		
交付年月日	年　　月　　日		
特記事項			
支給市町村名及び印	朝霞市長　　印		

注意事項欄

1　この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
2　医療型児童発達支援を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及び医療保険の被保険者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。
3　肢体不自由児通所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一月当たりの上限になります。
4　肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。
5　医療型児童発達支援に係る障害児通所給付費の給付決定期間を経過したときは、肢体不自由児通所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市町村にこの証を添えて、医療型児童発達支援に係る障害児通所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、市町村にその旨を届け出てください。
7 給付決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。
　また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。
8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。
　また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。
9 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。
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。

様式第５号（第３条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝　霞　市　長　　印

却下決定通知書（障害児通所給付費）

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

記

１　申請事項

２　却下の理由

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第６号（第４条関係）

（表）

障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

朝霞市長　宛

次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
支給申請に係る児童氏名			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	

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類と内容等
変更の理由		

	支援の種類	申請に係る具体的内容
申請する支援	□児童発達支援	
	□医療型児童発達支援	
	□放課後等デイサービス	
	□居宅訪問型児童発達支援	
	□保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画を作成するために必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、朝霞市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しくは障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

（裏）

主治医（※）	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地	〒 電話番号		

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

申請する減免の種類	□ Ⅰ　負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1．生活保護受給世帯 2．市町村民税非課税世帯に属する者 3．市町村民税課税世帯（所得割 28 万円未満）に属する者
	□ Ⅱ　多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。） 1．第２子に該当する者 2．第３子以降に該当する者 ※　在園証明等が必要となります。
	□ Ⅲ　生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（□自己負担減免措置　□補足給付の特例措置）を申請します。 ※　福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人　　□申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏　　名		申請者との関係	
住　　所	〒 電話番号		

様式第７号（第６条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝　霞　市　長　　印

支給決定取消通知書

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

記

受給者証番号											給付決定保護者氏名	
支給決定取消日											給付決定に係る児童氏名	
取消理由												

受給者証を朝霞市に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先

返還期限

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第８号（第７条関係）

申請内容変更届出書（障害児通所給付費）

朝　霞　市　長　宛

年　月　日　次のとおり変更がありましたので届け出ます。

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

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

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

※変更した内容を証する書類を添付すること。

様式第９号（第８条関係）

受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）

朝　霞　市　長　　宛

年　　月　　日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1　通所受給者証 2　肢体不自由児通所医療受給者証	受給者証番号	
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給（給付）決定障害者（保護者）氏　　名		個　人　番　号	
居　　住　　地	〒 電話番号		
フリガナ		生年月日	年　　月　　日
支給決定に係る児　童　氏　名		続柄	
		個　人　番　号	

申請書提出者	□給付決定保護者（本人）　　□給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人との関係	
氏　　名			
住　　所	〒 電話番号		
申請の理由	1　汚損　　2　紛失　　3　その他 具体的な状況		

※従前使用していた受給者証を添付すること（紛失を除く）。

様式第１５号から様式第１７号までを次のように改める。

様式第１５号（第１１条関係）

高額障害児（通所・入所）給付費　支給申請書

朝霞市長 宛

次のとおり関係書類を添えて高額障害児（通所・入所）給付費の支給を申請します。

申請年月日　　年　月　日

フリガナ		①障害者総合支援法　②児童福祉法　③介護保険法	
申請者氏名（給付決定保護者等氏名）		制　度	受給者証番号・被保険者証番号
		①	
生年月日		②	
個人番号		③	
居住地	〒　　電話番号		

フリガナ		続　柄	
支給決定に係る児童氏名		生年月日	年　月　日

サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額		申請に係るサービス利用月	年　月分
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			

同一世帯に属する他の支給決定障害者	氏　名	生年月日	①障害者総合支援法 ②児童福祉法 ③介護保険法	
			制　度	受給者証番号・被保険者証番号
			①	
			②	
	個人番号		③	
			①	
			②	
	個人番号		③	
			①	
			②	
	個人番号		③	

（注１）支払額を証する領収書を添付してください。
（注２）申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

受取口座	□ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 （注）あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 □ 以下の口座を振込先とする。			
口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合 （　　）	本店 支店 出張所 （　　）	種目	口座番号
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金 2当座預金 4貯蓄預金 9その他	
	ゆうちょ銀行	記号　　番号		
	口座名義人カナ			

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

様式第１６号（第１１条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝　霞　市　長　　印

高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害児（通所・入所）給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

給付決定保護者氏名		受給者証番号	
給付決定に係る児童氏名			
申請年月日	年　月　日	決定年月日	年　月　日
本人支払額		申請に係るサービス利用月	
支給		支給金額	
不支給の理由			
振込先	金融機関		
	口座種目		
	口座番号		
	口座名義人		

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（１）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（２）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（３）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１７号（第１２条関係）

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

朝　霞　市　長　　宛

次のとおり、（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５１条の１７第１項に規定する計画相談支援給付費、児童福祉法第２４条の２６第１項に規定する障害児相談支援給付費）支給を申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
申請に係る児童氏名			続柄	
			個人番号	
申請書提出者	□申請者本人　□申請者本人以外（下の欄に記入）			
フリガナ			申請者との関係	
氏　名				
住　所	〒 電話番号			

様式第１７号の次に次の１様式を加える。

様式第１７号の２（第１２条関係）

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

朝　霞　市　長　　宛

次のとおり届出します。

届出年月日　　年　　月　　日

区分	

申請者	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		個人番号	
	居住地	〒 電話番号		
フリガナ			生年月日	年　月　日
申請に係る児童氏名			続柄	
			個人番号	

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

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

変更年月日　　年　　月　　日

様式第１８号から様式第２０号までを次のように改める。

様式第１８号（第１３条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝　霞　市　長　　印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５１条の１７第１項・児童福祉法第２４条の２６第１項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり通知します。

記

障害福祉サービス受給者証番号			地域相談支援受給者証番号	
通所受給者証番号				
申請者氏名			申請に係る児童氏名	
支給の可否				
支給する	支給期間			
	モニタリング期間			
支給しない	支給しない理由			

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第１９号（第１４条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝　霞　市　長　　印

モニタリング期間変更通知書

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

記

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

様式第２０号（第１５条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給決定取消通知書

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第５１条の１７第１項・児童福祉法第２４条の２６第１項の規定に基づき、計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

障害福祉サービス受給者証番号		地域相談支援受給者証番号	
通所受給者証番号			
支給取消に係る障害者（保護者）		支給取消に係る児童名	
支給取消日			
取消理由			
障害福祉サービス受給者証、地域相談支援受給者証又は通所受給者証提出先及び提出期限	提出先： 提出期限：		

教　示

1　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３か月以内に、埼玉県知事に対して審査請求をすることができます。

2　処分の取消しの訴えについては、上記１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。この処分の取消しの訴えは、この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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表するものは朝霞市長となります。）、提起することができます。

なお、次のいずれかに該当する場合は、この裁決を経ずに訴訟を提起することができます。

（1）　審査請求があった日の翌日から起算して３か月を経過しても裁決がないとき。

（2）　処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

（3）　その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなり、また、審査請求に対する裁決のあった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

（朝霞市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用者負担に関する条例施行規則の一部改正）

第６条　朝霞市特定教育・保育施設及び特定地域型保育事業の利用者負担に関する条例施行規則（平成２７年朝霞市規則第１０号）の一部を次のように改正する。

第５条第３項中「の可否」を削り、「保育料減免（申請却下）決定通知書」を「利用者負担額減免通知書」に改め、「申請者に通知」の次に「し、保育料の減免を却下したときは、利用者負担額減免申請却下通知書（様式第３号）により申請者に通知」を加え、同条第４項中「の可否」を削り、「保育料減免決定通知書（様式第３号）」を「利用者負担額減免通知書」に改め、同項に次のただし書を加える。

ただし、朝霞市子どものための教育・保育給付の支給認定に関する規則（令和元年朝霞市規則第８号。以下「規則」という。）第４条第１項又は同条第２項により通知した額が既に減免後の額であった場合は、この限りでない。

第８条第２項に次のただし書を加える。

ただし、規則第４条第２項により通知した額が既に減免の取消し後の額であった場合は、この限りでない。

様式第２号及び様式第３号を次のように改める。

様式第２号（第５条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

利用者負担額減免通知書

利用者負担額について、次のとおり減免を決定しましたので通知します。

認定番号					
子ども	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日			
保護者	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日			
利用施設	名称				
	所在地				
利用者負担額		減免前	円	減免後	円
階層					
適用期間					
減免理由					

備考

教示

1　朝霞市長代理人による審査請求は、この通知書を受けた日の翌日から起算して６月以内にお審査請求をすることができます。

2　処分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６月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

3　審査請求をした日から３０日を経過しても市長が審査請求に対する裁決をしないときは、審査請求人は、当該審査請求をした日の翌日から起算して６月以内に市長を被審人として、審査請求に係る処分の取消しを求める訴えを提起することができます。

様式第３号（第５条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

利用者負担額減免申請却下通知書

利用者負担額について、次のとおり減免を却下しましたので通知します。

認定番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
保護者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
申請年月日		
申請却下年月日		
利用者負担額		
却下理由		

備考

教示

１　朝霞市長代理人による審査請求が上審査庁である朝霞市長に審査請求をしたときは、この審査請求の裁決書の謄本を受け取った日の翌日から起算して６月以内に、朝霞市長を被告として、処分の取消しの訴えを提起することができます。

２　処分の取消しの訴えを提起しようとする者は、当該処分の取消しの訴えの提起に係る被告の所在地を管轄する地方裁判所に対し、当該処分の取消しの訴えの提起に係る訴訟の代理人の選任を申請することができます。

３　この処分の取消しの訴えの提起に係る訴訟の代理人の選任の申請をしようとする者は、当該訴訟の代理人の選任の申請に係る書面を朝霞市長に提出することができます。

（朝霞市子育てのための施設等利用給付の認定に関する規則の一部改正）

第７条　朝霞市子育てのための施設等利用給付の認定に関する規則（令和元年朝霞市規則第３号）の一部を次のように改正する。

様式第２号及び様式第３号を次のように改める。

様式第２号（第３条関係）

第　　号
年　月　日

様

朝霞市長　　印

施設等利用給付認定通知書

先に申請のありました子育てのための施設等利用給付認定について、次のとおり決定しましたので通知します。

（みなし認定の場合）

先に申請のありました子どものための教育・保育給付の支給認定をいたしましたが、施設利用について保留となりましたので、次のとおり子育てのための施設等利用給付認定申請を行い、認定したものとみなします。

認定番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
保護者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	保育必要性の事由	
決定年月日		
認定区分		
認定有効期間		

教示

1　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３か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

2　この処分については、上記１の審査請求のほか、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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表する者は朝霞市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記１の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。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合にはその審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることや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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第３号（第３条、第５条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

施設等利用給付認定却下通知書

先に申請のありました子どものための施設等利用給付認定について、次のとおり却下しましたので通知します。

認定番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
保護者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
申請年月日		
却下年月日		
却下理由		

教　示

１　知査っ被まおそ算

２　こっ請こた告す、のした場算しが、年訴

３　た起消由は１の

を審　あをり　しら取理にてし
ことて　が市ななは、起　をかのな合し消
こし　分霞と。えか　求日分当場算取
た対　処朝長す訴日　請翌処正た起の
っに　の、市まの翌　査のや、しら分
あ長　こに霞きしの　審日とおをか処
が市　か、内朝で消日　（たこな求日やす。
分霞　か以はが取た　分っる。請翌とま
処朝　ほ月者とのっ　処あすす査のこり
この　のかるこ分知す　のがをま審日るあ
こに、　求６する処をまこ）求り（たすが
内　請て表す、とき、決請な分っを合
は、　査し代起はこでに裁査く処あ求場
以　審算を提にたが前る審なのが請
合月　の起市を合っとるす、きこ）査れ
場か　１ら霞え場あこす対はでや決審ら
る３　記か朝訴たがる過に合が間裁もめ
あて　上日てのし決す経求場と期るて認
す。　記か朝訴たがる過に合が間裁もめ
がし　上日てのし決す経求場と期るて認
ま　服算き、翌いしを裁起が請たこのすっが
不起ではのお消求る提間査しる記対あと
てらがて日に取請すに期審過す上にでこ
いかといた訟の査対内の経起、求後るつ
つ日こつっ訴分審に以記そを提は請たす
に翌るに知（処の求月上、年をき査し起
分のす分をて、１請か、は１えと審過提
処日を処とし）記査６しにて訴るの経を
のた求のこと。上審てだ合しのあそをえ
こっ請こた告す、のした場算しが、年訴
た起消由は１の

様式第６号及び様式第７号を次のように改める。

様式第６号（第５条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

施設等利用給付認定変更通知書

子育てのための施設等利用給付認定について、子ども・子育て支援法第３０条の８第２項又は第４項の規定により、次のとおり変更の認定を行いましたので通知します。

認定番号					
子ども	フリガナ				
	氏名				
	生年月日				
保護者	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日				
	保育必要性の事由	変更前		変更後	
認定区分		変更前		変更後	
認定有効期間					
変更年月日					
変更理由					

教　示

１　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３か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

２　この処分については、上記１の審査請求のほか、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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表する者は朝霞市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記１の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。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過したときは、審査請求をすることや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、正当な理由があるときは、上記の期間経過やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があったこと や処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第７号（第６条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

施設等利用給付認定取消通知書

子育てのための施設等利用給付認定について、子ども・子育て支援法第３０条の９第１項の規定により、次のとおり施設等利用給付認定の取消しを行いましたので通知します。

認定番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
保護者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
取消年月日		
取消理由		

教　示

１　審査請求をしようとする場合は、内閣総理大臣に対して審査請求をすることができます。

２　被保護者であった期間の分の保護費算定額の過誤分の返還を求める場合は、起算日から３月を経過するまでに市長に対して審査請求をすることができます。

３　起算日から１年を経過した場合は、審査請求をすることができません。ただし、正当な理由があるときは、この限りでありません。

（朝霞市子どものための教育・保育給付の支給認定に関する規則の一部改正）

第８条　朝霞市子どものための教育・保育給付の支給認定に関する規則（令和元年朝霞市規則第８号）の一部を次のように改正する。

第３条第２項中「規定による通知」の次に「及び同項後段の規定による支給認定証の交付」を加え、「教育・保育給付認定通知書」を「教育・保育給付認定決定通知書兼支給認定証」に改め、同条第３項を削り、同条第４項中「教育・保育給付認定却下通知書（様式第４号）」を「教育・保育給付認定申請却下通知書（様式第３号）」に改め、同項を同条第３項とする。

第４条第１項中「利用者負担額通知書（様式第５号）」を「利用者負担額決定通知書（様式第４号）」に改め、同条第２項中「様式第６号」を「様式第５号」に改める。

第５条中「第２２条第１項」を「第２２条」に、「様式第７号」を「様式第６号」に改める。

第６条第１項中「様式第８号」を「様式第７号」に改め、同条第２項中「規定による通知」の次に「及び同項後段の規定による支給認定証の交付」を加え、「教育・保育給付認定変更通知書（様式第９号）」を「教育・保育給付認定変更通知書兼支給認定証（様式第８号）」に改め、同条第３項中「教育・保育給付認定却下通知書」を「教育・保育給付認定申請却下通知書」に改める。

第７条中「様式第１０号」を「様式第９号」に改める。

第８条中「様式第１１号」を「様式第１０号」に改める。

第９条中「様式第１２号」を「様式第１１号」に改め、同条に次の１項を加える。

２　府令第１６条第１項の規定による交付は、支給認定証（様式第１２号）によるものとする。

様式第２号から様式第５号までを次のように改める。

様式第２号（第３条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

教育・保育給付認定決定通知書兼支給認定証

先に申請のありました子どものための教育・保育給付の支給認定について、次のとおり決定し、支給認定証を交付しますので通知します。

認定番号				
子ども	フリガナ		決定年月日	年　月　日
	氏名		認定区分	
	生年月日	年　月　日	認定有効期間	
保護者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年　月　日		
	保育必要性の事由			
保育必要量				

教　示

1　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３か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

2　この処分については、上記１の審査請求のほか、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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表する者は朝霞市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記１の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。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることや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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

支給認定証			認定番号	
子ども	フリガナ		認定区分	
	氏名		有効期間	
	生年月日	年　月　日	保育必要量	
保護者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日			年　月　日
	保育必要性の事由			
年　月　日　交付　朝霞市長				

様式第３号（第３条、第６条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

教育・保育給付認定申請却下通知書

先に申請のありました子どものための教育・保育給付の支給認定について、次のとおり却下しましたので通知します。

子ども	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
保護者	住　　所	
	フリガナ	
	氏　　名	
	生年月日	年　　月　　日
申請年月日		年　　月　　日
却下年月日		年　　月　　日
却下理由		

教　示

１　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３か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

２　この処分については、上記１の審査請求のほか、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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表する者は朝霞市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記１の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。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることや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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第４号（第４条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

利用者負担額決定通知書

利用者負担額について、次のとおり決定しましたので通知します。

認定番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
保護者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
利用施設	名称	
	所在地	
認定有効期間		
認定区分		
保育必要量		
利用者負担額		円
決定年月日		年　　月　　日
階層		
適用期間		
副食費免除該当有無		

教示

1　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３か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

2　この処分については、上記１の審査請求のほか、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、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。なお、上記１の審査請求をしないときは、その審査請求の裁決に対する審査請求（審査請求をしないで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か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

3　上記１の審査請求をしないときは、その審査請求の裁決に対する審査請求（審査請求をしないで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か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。なお、上記１の審査請求をしないときは、その審査請求の裁決に対する審査請求（審査請求をしないで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か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

様式第５号（第４条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

利用者負担額変更通知書

利用者負担額について、次のとおり変更を決定しましたので通知します。

認定番号					
子ども	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日			
保護者	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日			
利用施設	名称				
	所在地				
認定有効期間					
認定区分	変更前		変更後		
保育必要量					
階層					
利用者負担額					
決定年月日	年　月　日				
適用期間					
変更理由					

教示

１　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３か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

２　この処分については、上記１の審査請求のほか、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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表する者は朝霞市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記１の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。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることや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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第６号を削り、様式第７号を様式第６号とし、様式第８号を様式第７号とし、同様式の次に次の１様式を加える。

様式第８号（第６条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

教育・保育給付認定変更通知書兼支給認定証

先に申請のありました子どものための教育・保育給付の支給認定について、次のとおり変更し、支給認定証を交付しますので通知します。

認定番号					
子ども	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日			
保護者	住所				
	フリガナ				
	氏名				
	生年月日	年　月　日			
	保育必要性の事由	変更前		変更後	
認定区分	変更前			変更後	
認定有効期間					
保育必要量					
変更理由		年　月　日	変更年月日	年　月　日	

教　示

1　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３か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

2　この処分については、上記１の審査請求のほか、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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表する者は朝霞市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記１の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。

3　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した場合は、審査請求をすることや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、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

支給認定証			認定番号	
子ども	フリガナ		認定区分	
	氏名		有効期間	
	生年月日	年　月　日	保育必要量	
保護者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年　月　日		
	保育必要性の事由			
年　月　日　交付　朝霞市長				

様式第９号をを次のように改める。

様式第９号（第７条関係）

第　　号
年　　月　　日

様

朝霞市長　　印

教育・保育給付認定取消通知書

子どものための教育・保育給付の支給認定について、次のとおり取消を決定しましたので通知します。

認定番号		
子ども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
保護者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　　月　　日
取消年月日		年　　月　　日
取消理由		

教示

１　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３か月以内に、朝霞市長に対して審査請求をすることができます。

２　この処分については、上記１の審査請求のほか、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、朝霞市を被告として（訴訟において朝霞市を代表する者は朝霞市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記１の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なされたときから起算して６か月以内に提起することができます。

３　ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求を経た場合は、審査請求の裁決）があった日の翌日から起算して１年を経過したときは、正当な理由がある場合には、この期間を経過したことが認められる場合があります。

様式第１０号を削り、様式第１１号を様式第１０号とし、様式第１２号を様式第１１号とし、同様式の次に次の１様式を加える。

様式第１２号（第９条関係）

支給認定証		
認定番号		
認定区分		
有効期間		
保育必要量		
こども	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
保護者	住所	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	年　月　日
	保育必要性の事由	
年　月　日交付　朝霞市長　印		

附　則

（施行期日）

1　この規則は、令和７年１２月１５日から施行する。

（経過措置）

2　令和７年１２月１５日前に発送した第３条の規定による改正前の朝霞市印鑑条例施行規則の印鑑登録照会書・印鑑登録回答書・委任状は、第３条の規定による改正後の朝霞市印鑑条例施行規則の印鑑の登録に関する照会書・回答書・委任状とみなす。

3　この規則の施行の際現にあるこの規則による改正前の様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。