



島根県報

平成24年10月5日（金）

号外 第 141 号

（毎週火・金曜日発行）

<http://www.pref.shimane.lg.jp/>

目 次

【規 則】

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

（障がい福祉課） 2

公布された条例等のあらまし

◇児童福祉法施行細則の一部を改正する規則（規則第87号）

1 規則の概要

- (1) 児童福祉法の改正により、障害児施設給付費が障害児入所給付費に改められたこと等に伴う規定及び様式の整備（第13条—第15条・第17条—第17条の3・様式第9号—様式第16号の5関係）
- (2) 引用する条項の整理
- (3) その他様式の整備

2 施行期日

公布の日から施行することとした。

規 則

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成24年10月5日

島根県知事 溝 口 善兵衛

島根県規則第87号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則（昭和27年島根県規則第72号）の一部を次のように改正する。

第13条の見出し中「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に改める。

第14条の見出し中「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に改め、同条第1項中「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に、「施設給付決定」を「入所給付決定」に改め、同条第2項中「施設受給者証」を「入所受給者証」に改め、同条第3項中「障害児施設医療費」を「障害児入所医療費」に、「施設給付決定保護者」を「入所給付決定保護者」に、「障害児施設医療受給者証」を「障害児入所医療受給者証」に改める。

第15条第1項中「施設給付決定保護者」を「入所給付決定保護者」に改め、同条第2項中「施設給付決定保護者」を「入所給付決定保護者」に、「施設受給者証」を「入所受給者証」に、「施設受給者証等」を「入所受給者証等」に改める。

第17条の見出し及び同条第2項中「施設受給者証等」を「入所受給者証等」に改める。

第17条の2の見出し中「施設給付決定」を「入所給付決定」に改め、同条第1項中「施設給付決定の」を「入所給付決定の」に、「施設給付決定保護者」を「入所給付決定保護者」に改め、同条第2項中「施設受給者証等」を「入所受給者証等」に改める。

第17条の3の見出し中「高額障害児施設給付費」を「高額障害児入所給付費」に改め、同条第2項中「高額障害児施設給付費」を「高額障害児入所給付費」に、「施設給付決定保護者」を「入所給付決定保護者」に改める。

第18条の2第2項中「第34条の19第1項」を「第34条の20第1項」に改め、同条第3項中「第34条の19第2項」を「第34条の20第2項」に改める。

第34条第1項中「第34条の3第1項」を「第34条の4第1項」に改め、同条第2項中「第34条の3第2項」を「第34条の4第2項」に改め、同条第3項及び第4項中「第34条の3第3項」を「第34条の4第3項」に改める。

第35条第1項中「第34条の11第1項」を「第34条の12第1項」に改め、同条第2項中「第34条の11第2項」を「第34条の12第2項」に改め、同条第3項及び第4項中「第34条の11第3項」を「第34条の12第3項」に改める。

第36条第1項中「第34条の14第1項」を「第34条の15第1項」に改め、同条第2項中「第34条の14第2項」を「第34条の15第2項」に改め、同条第3項及び第4項中「第34条の14第3項」を「第34条の15第3項」に改める。

様式第9号を次のように改める。

様式第9号 (第13条関係)

(障害児入所給付費 特定入所障害児食費等給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

島根県 児童相談所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名	Ⓜ			
	居住地	〒			
		電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
	児童氏名			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	
保険者名及び番号 (※)			被保険者証の記号及び番号 (※)		

(※) 「保険者名及び番号」欄及び「被保険者証の記号及び番号」欄は、障害児入所医療を希望する場合に記入してください。

サービス利用の状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等	
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等	
申請するサービスの種類等	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容		
	種	<input type="checkbox"/> 障害児入所支援	
	類	<input type="checkbox"/> 指定医療機関	
	具体的内容		

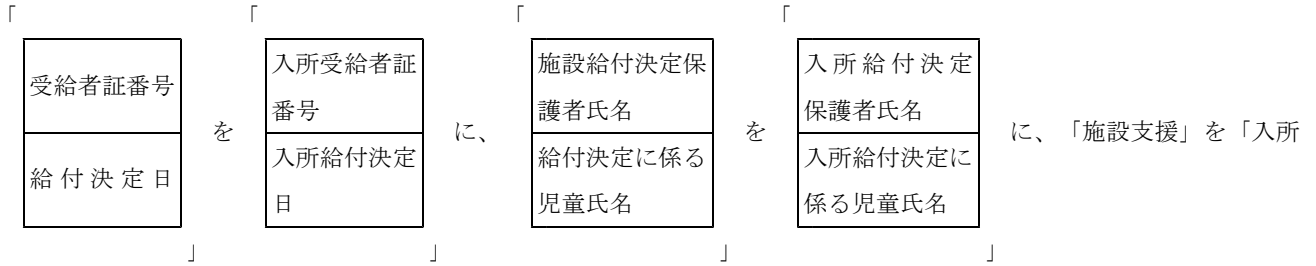
申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定（下記IIの軽減措置適用前） 下記の区分の適用を申請します（当てはまるものの番号を○で囲んでください。いずれにも当てはまらない場合は、空欄としてください。）。 1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者であって、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、市町村民税所得割額が28万円未満のもの
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設入所者であるため、医療型個別減免を申請します。 ※ 対象施設は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の対象となる入所施設です。
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定（医療型施設を除く。） 障害児入所施設入所者であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）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。

注 上記申請内容を確認できる書類（世帯状況・収入等申告書等）を添付してください。

<input type="checkbox"/> 18歳以上で特別支援学校在学中	(学校名)
--	-------

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入してください。）		
フリガナ		申請者	
氏名	Ⓜ	との関係	
住所	〒 電話番号		

様式第10号中「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に、「受給者証」を「入所受給者証」に、



支援」に、「障害児施設医療費」を「障害児入所医療費」に、

「

2 また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に係る判決の送達を受け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。

」

「

2 また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に係る判決の送達を受け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。

問合せ先
島根県 児童相談所 住所 電話番号

」

改める。

様式第11号中「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に、

「

2 また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に係る判決の送達を受け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。

」

「

2 また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に係る判決の送達を受け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。

問合せ先
島根県 児童相談所 住所 電話番号

」

改める。

様式第12号を次のように改める。

様式第 12 号 (第 14 条関係)

(表面)

(1)		(2)		(3)	
入所受給者証		入所給付決定の内容		指定障害児入所施設等の記入欄	
入所受給者証番号		入所支援の種類及び内容		指定障害児入所施設等の名称	施設確認印
入所居住地		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	入所日	年 月 日
フリガナ氏名		特定入所障害児食費等給付費の支給内容		退所日	年 月 日
生年月日		支給額		入所日	年 月 日
フリガナ氏名		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	退所日	年 月 日
生年月日		利用者負担に関する事項		入所日	年 月 日
交付年月日		負担上限月額		退所日	年 月 日
支給都道府県又は市の名称及び印	島根県 児童相談所長 印 [32 島根県] (連絡先) 島根県 児童相談所 〒 TEL	特記事項		(予備欄)	

(裏面)

(4)	(5)
注意事項欄	注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 指定入所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定入所施設に提示してください。</p> <p>3 医療型障害児入所施設に入所するときは、この証に医療保険の被保険者証及び障害児入所医療受給者証を添えて、指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>4 指定入所支援を受けるときに支払う金額は、当該入所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額（当該政令で定める額が指定障害児入所支援に通常要する費用（入所特定費用を除く。）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、この証の②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。）</p> <p>また、食事及び居住に要する費用については、特定入所障害児食費等給付費欄に記載する額を1日当たりの上限として支給します。</p> <p>5 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費については、毎年入所給付決定保護者等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この証を交付した児童相談所に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは、障害児入所給付費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この証を交付した児童相談所に、この証を添えて障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。</p>	<p>7 この証の①又は②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、この証を交付した児童相談所にその旨を届け出てください。</p> <p>8 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した児童相談所にご連絡又はご相談ください。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の都道府県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、この証を交付した児童相談所に届け出てください。</p> <p>9 この証を破損したり、汚したり、又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。</p> <p>また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかにこの証を交付した児童相談所に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなったり、直ちに、この証を交付した児童相談所に返してください。</p> <p>11 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。</p> <p>12 入所給付決定の内容欄に記載されていない指定入所支援については、障害児入所給付費の支給は受けられません。</p>

様式第13号表面中「障害児施設医療受給者証」を「障害児入所医療受給者証」に、

「

施設給付決定保護者	居 住 地		
	フリガナ	生 年 月 日	
	氏 名	年 月 日	

を

」

「

入所給付決定保護者	フリガナ		
	居 住 地		
	フリガナ	生 年 月 日	
氏 名	年 月 日		

」

に、「障害児施設医療」を「障害児入所医療」に改め、同様式裏面中「障害児施設医療を受けよう」を「医療型障害児入所施設に入所しよう」に、「指定障害児施設等」を「指定障害児入所施設等」に、「障害児施設医療の負担については」を「障害児入所医療の負担上限月額は」に、「障害児施設医療の」を「障害児入所医療の」に、「施設給付決定保護者等」を「入所給付決定保護者等」に、「障害児施設医療費」を「障害児入所医療費」に、「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に、「御連絡又は御相談」を「ご連絡又はご相談」に改める。

様式第14号中「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に、

「
受給者証
番号

を

「
入所受給
者証番号

に、

」

」

「

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	
保険者名及び番号			被保険者証の記号及び番号		
変更の理由					

を

」

「

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	
-----------	--	--------	--	---------------	--

				号
変 更 の 理 由				

に、
「

申 請 す る 減 免 の 種 類		<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。（あてはまるものの番号を○で囲んでください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。） 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であって、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者のうち、施設通所者又は20歳未満の施設入所者であって、市町村民税所得割額が28万円未満（18歳以上の施設通所者の場合は、16万円未満）のもの ※ 18歳以上（施設に入所する場合は、20歳以上）の方の「世帯」の範囲は、「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。以下同じ。							
		【福祉型施設入所の方のみ記入】 <input type="checkbox"/> II 特定入所障害児食費等給付費（補足給付）に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。 ----- <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><施設を利用する方が20歳以上の場合></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><施設を利用する方が20歳未満の場合></td> </tr> <tr> <td>1 施設入所者であること。（年齢 歳）</td> <td>1 施設入所者であること。</td> </tr> <tr> <td>2 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯であること。</td> <td>（年齢 歳）</td> </tr> </table>	<施設を利用する方が20歳以上の場合>	<施設を利用する方が20歳未満の場合>	1 施設入所者であること。（年齢 歳）	1 施設入所者であること。	2 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯であること。	（年齢 歳）	を
<施設を利用する方が20歳以上の場合>	<施設を利用する方が20歳未満の場合>								
1 施設入所者であること。（年齢 歳）	1 施設入所者であること。								
2 生活保護受給世帯又は市町村民税非課税世帯であること。	（年齢 歳）								
		【医療型施設入所の方のみ記入】 <input type="checkbox"/> III 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。 ----- <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><施設を利用する方が20歳以上の場合></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><施設を利用する方が20歳未満の場合></td> </tr> <tr> <td>1 施設入所者であること。（年齢 歳）</td> <td>1 施設入所者であること。</td> </tr> <tr> <td>2 市町村民税非課税世帯であること。</td> <td>（年齢 歳）</td> </tr> </table>	<施設を利用する方が20歳以上の場合>	<施設を利用する方が20歳未満の場合>	1 施設入所者であること。（年齢 歳）	1 施設入所者であること。	2 市町村民税非課税世帯であること。	（年齢 歳）	
<施設を利用する方が20歳以上の場合>	<施設を利用する方が20歳未満の場合>								
1 施設入所者であること。（年齢 歳）	1 施設入所者であること。								
2 市町村民税非課税世帯であること。	（年齢 歳）								
		<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）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。							

「

変 更		<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用（の変更）を申請します（当てはまるものの番号を○で囲んでください。いずれ
--------	--	--

申請する減免の種類	にも当てはまらない場合は空欄としてください。) 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であって、合計所得金額及び障害基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯に属する者であって、市町村民税所得割額が28万円未満のもの	に
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）（の変更）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。	

改める。

様式第15号中「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に、

受給者証番号
給付決定日

を

入所受給者証番号
入所給付決定日

に、

施設給付決定保護者氏名
給付決定に係る児童氏名

を

入所給付決定保護者氏名
入所給付決定に係る児童氏名

に、「障害児施設医療費」を「障害児入所医療費」に、

2 また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

2 また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に係る裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

問合せ先
島根県 児童相談所 住所 電話番号

改める。

様式第16号中

受給者証番号

を

入所受給者証番号

に、

「
 「
 給付決定に係る
 児童氏名
 」を
 「
 入所給付決定に
 係る児童氏名
 」に、「施設給付決定保護者」を「入所給付決定保護者」に改める。

様式第16号の2中「受給者証（医療受給者証）再交付申請書」を「入所受給者証（医療受給者証）再交付申請書」に、「受給者証（医療受給者証）の」を「入所受給者証（医療受給者証）の」に、

「
 「
 給付決定に係る
 児童氏名
 」を
 「
 入所給付決定に
 係る児童氏名
 」に、「
 「
 受給者証
 番号
 」を
 「
 入所受給
 者証番号
 」に、「受給者証（医療受給者証）」

を」を「入所受給者証（医療受給者証）を」に改める。

様式第16号の3中「給付決定取消通知書」を「入所給付決定取消通知書」に、「給付決定を」を「入所給付決定を」

に、「
 「
 受給者証番号
 」を
 「
 入所受給者証
 番号
 」に、「
 「
 給付決定保護者
 氏名
 」を
 「
 入所給付決定
 保護者氏名
 」に、「受給者証（」を

「入所受給者証（」に、

「
 「
 2 また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を
 被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただ
 し、前記の審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に係る裁決の送達を受けた日
 の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。 を

「
 「
 2 また、この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を
 被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただ
 し、前記の審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に係る裁決の送達を受けた日
 の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。 に
 問合せ先
 島根県 児童相談所 住所 電話番号

改める。

「
 「
 」

様式第16号の4中「高額障害児施設給付費」を「高額障害児入所給付費」に、申請者氏名を

申請者氏名(入所給付決定保護者等氏名)に、給付決定に係る児童氏名を、入所給付決定に係る児童氏名に、

※ 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。

申請書提出者 □ 申請者本人 □ 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)を

※ 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。

高額障害児入所給付費を下記の口座に振り込んでください。

Table with columns: (金融機関名), (店舗名), 種 目, 口座番号. Includes rows for 1 普通, 2 当 座, 3 (), and フ リ ガ ナ 口座名義人.

申請書提出者 □ 申請者本人 □ 申請者本人以外(下の欄に記入してください。)

改める。

様式第16号の5中「高額障害児施設給付費支給(不支給)決定通知書」を「高額障害児入所給付費支給(不支給)決定通知書」に、「高額障害児施設給付費については」を「高額障害児入所給付費については」に、

施設給付決定保護者氏名 受給者証番号 を 給付決定に係る児童氏名

入所給付決定保護者氏名 入所受給者証番号 に、 入所給付決定に係る児童氏名

不支給の理由 を

不服申立て及び取消訴訟

」

「

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						

不服申立て及び取消訴訟

」

に、

「2 また、この処分取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の審査請求をした場合には、この処分取消しの訴えは、そ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か月以内に提起することができます。」

を

」

「2 また、この処分取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、島根県を被告として（訴訟において島根県を代表する者は、島根県知事となります。）提起することができます。ただし、前記の審査請求をした場合には、この処分取消しの訴えは、そ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か月以内に提起することができます。」

に

問合せ先

島根県

児童相談所

住所

電話番号

」

改める。

様式第17号の3中「第6条の3」を「第6条の4」に改める。

様式第18号中「第34条の19第1項第 号」を「第34条の20第1項第 号」に改める。

様式第30号中「第34条の3第1項」を「第34条の4第1項」に改める。

様式第31号中「第34条の3第2項」を「第34条の4第2項」に改める。

様式第32号中「第34条の3第3項」を「第34条の4第3項」に改める。

様式第34号中「第34条の11第1項」を「第34条の12第1項」に改める。

様式第35号中「第34条の11第2項」を「第34条の12第2項」に改める。

様式第36号中「第34条の11第3項」を「第34条の12第3項」に改める。

様式第38号中「第34条の14第1項」を「第34条の15第1項」に改める。

様式第39号中「第34条の14第2項」を「第34条の15第2項」に改める。

様式第40号中「第34条の14第3項」を「第34条の15第3項」に改める。

附 則

（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この規則による改正前の児童福祉法施行細則（以下「改正前の規則」という。）様式第12号による施設受給者証で現に障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律（平成22年法律第71号）第5条の規定による改正前の児童福祉法（昭和22年法律第164号）第24条の3第6項の規定により交付されているもの及び改正前の規則様式第

13号による障害児施設医療受給者証で現に改正前の規則第14条第3項の規定により交付されているものは、それぞれその有効期間中に限り、この規則による改正後の児童福祉法施行細則（以下「改正後の規則」という。）様式第12号による入所受給者証及び改正後の規則様式第13号による障害児入所医療受給者証とみなす。