

上尾市身体障害者福祉法施行細則等の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年2月24日

上尾市長 畠山 稔

上尾市規則第23号

上尾市身体障害者福祉法施行細則等の一部を改正する規則

(上尾市身体障害者福祉法施行細則の一部改正)

第1条 上尾市身体障害者福祉法施行細則(平成元年上尾市規則第17号)の一部を次のように改正する。

第10条に次の2号を加える。

(4) 身体障害者更生指導台帳(更生医療)(第18号様式)

(5) 身体障害者更生指導台帳(補装具)(第19号様式)

第17号様式を次のように改める。

身体障害者更生指導台帳				手帳番号	
障害者 本人	カナ氏名			生年月日	電話番号
	氏名				
	住所				
保護者	氏名			本人との続柄	
	住所				
初回交付年月日				再交付年月日	
総合等級				障害種別	
障害名					
	障害部位	部位等級	部位認定日	再認定年月	障害内容
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
家 族 状 況	氏名		本人との続柄		生年月日
備考					

第 17 号様式の次に次の 2 様式を加える。





(上尾市知的障害者福祉法施行細則の一部改正)

第2条 上尾市知的障害者福祉法施行細則(平成元年上尾市規則第18号)

の一部を次のように改正する。

第12号様式を次のように改める。

知的障害者更生指導台帳		手帳番号		
障害者 本人	カナ氏名			生年月日
	氏名			
	住所			電話番号
保護者	氏名			本人との続柄
	住所			
初回交付年月日				再交付年月日
次の判定年月				障害の程度 (総合判定)
判定日				判定機関
家 族 状 況	氏名		本人との続柄	生年月日
備考				

(上尾市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部改正)

第3条 上尾市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則(平成19年上尾市規則第3号)の一部を次のように改正する。

第2条第1項中「世帯状況・収入・資産等申告書」を「世帯状況・収入等申告書(介護給付費等)」に改める。

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3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6条中「支給決定取消通知書」を「支給(給付)決定取消通知書」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(介護給付費等)」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(介護給付費等)」に改める。

第10条第1項中「世帯状況・収入・資産等申告書」を「世帯状況・収入等申告書(介護給付費等)」に改め、同条第2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3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11条第1項中「申請内容変更届出書」を「申請内容変更届出書(介護給付費等)」に改める。

第12条中「(介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・療養介護医療費)支給変更決定通知書兼利用者負担額軽減・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・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」に改める。

第13条中「支給決定取消通知書」を「支給（給付）決定取消通知書」に改める。

第14条第1項中「世帯状況・収入・資産等申告書」を「世帯状況・収入等申告書（介護給付費等）」に改め、同条第2項中「サービス等利用計画案提出依頼書」を「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」に改める。

第15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2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18条中「申請内容変更届出書」を「申請内容変更届出書（介護給付費等）」に改める。

第20条中「受給者証再交付申請書」を「受給者証再交付申請書（介護給付費等）」に改める。

第22条第1項中「計画相談支援給付費支給申請書」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」に改め、同条第2項中「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23条中「計画相談支援依頼（変更）届出書」を「計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書」に改める。

第25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決定取消通知書」に改める。

第26条第1項中「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）（第19号様式の2）」を「自立支援医療費（育成）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（第20号様式）」に、「（第19号様式の3）」を「（第20号様式の2）」に改め、同条第2項中「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）（第20号様式）」を「自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（第20号様式の3）」に改める。

第27条第1項中「ときは、」の次に「自立支援医療（育成医療）支給認定決定通知書（第21号様式）を支給認定障害者等（法第54条第3項に規定する支給認定障害者等をいう。以下同じ。）に送付するとともに、」を加え、「（第20号様式の2）」を「（第21号様式の2）」に、「（第20号様式の3）」を「（第21号様式の3）」に改め、同条第2項中「自立支援医療費（更生医療）支給（変更）認定通知書（第21号様式）」を「自立支援医療（更生医療）支給認定決定通知書（第22号様式）」に改め、「（法第54条第3項に規定する支給認定障害者等をいう。以下同じ。）」を削り、「（第22号様式）」を「（第22号様式の2）」に、「自立支援医療自己負担額上限管理票（第22号様式の2）」を「自己負担額上限管理票（第22号様式の3）」に改め、同条第3項中「前条第2項」を「前条第1項」に、「自立支援医療費（変更）却下認定通知書（第23号様式）」を「通知書（第23号様式（その1）」に改め、同条に次の1項を加える。

4 市長は、前条第2項の支給認定の申請に対し、支給認定をしないことと決定したときは、通知書（第23号様式（その2））により当該申請者に通知するものとする。

第28条第1項中「（第23号様式の2）」を「（第24号様式）」に改め、同条第2項中「自立支援医療費申請内容変更届出書（第24号様式）」を「自立支援医療受給者証等記載事項変更届（更生医療）（第24号様式の2）」に改める。

第29条第1項中「市長は、」の次に「育成医療に係る」を加え、「自立支援医療費（更生医療）支給（変更）認定通知書（第21号様式）」を「自立支援医療（育成医療）支給変更決定通知書（第24号様式の3）」に改め、同条第2項中「自立支援医療費（変更）却下認定通知書（第23号様式）」を「自立支援医療（育成医療）支給変更却下通知書（第24号様式の5）」に改め、同項を同条第3項とし、同条第1項の次に次の1項を加える。

2 市長は、更生医療に係る法第56条第2項に規定する支給認定の変更の認定をしたときは、自立支援医療（更生医療）支給変更決定通知書（第24号様式の4）により支給認定障害者等に通知するものとする。

第29条に次の1項を加える。

4 市長は、第26条第2項に規定する支給認定の変更の申請に対し、変更しないことと決定したときは、自立支援医療（更生医療）支給変更却下通知書（第24号様式の6）により当該申請者に通知するものとする。

第30条第1項中「医療受給者証再交付申請書（育成医療）（第24号様式の2）」を「自立支援医療受給者証再交付申請書（育成医療）（第25号様式）」に改め、同条第2項中「医療受給者証再交付申請書（更生医療）（第25号様式）」を「自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療）（第25号様式の2）」に改める。

第31条中「省令」を「育成医療に係る省令」に改め、「自立支援医療費支給認定取消通知書」を「自立支援医療（育成医療）支給認定取消通知書」に改め、同条に次の1項を加える。

2 更生医療に係る省令第49条第1項に規定する支給認定の取消しの通知は、自立支援医療（更生医療）支給認定取消通知書（第26号様式の2）によるものとする。

第33条第3項中「補装具費却下決定通知書」を「却下決定通知書」に改める。

第1号様式から第10号様式までを次のように改める。

（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

上尾市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号													
	氏名		生年月日													
	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													
			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										
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。）																

サービス利用の状況	障害福祉 関係サービス	障害支援 区分の認定		有効 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				

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
その他 訪問系・ 行動援護	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			
	重度障害者等包括支援			
日中活動系 訓練系・就労系	短期入所		自立訓練（機能訓練）	
	療養介護		自立訓練（生活訓練）	
	生活介護		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（グループホーム）	
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、上尾市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯（※）に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が 円以下のもの ② ①以外の者 3. 市町村民税課税世帯（障害者:所得割 万円未満、障害児及び 20 歳未満の施設入所者:所得割 万円未満）に属する者	
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること（年齢 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）
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）	
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること（年齢 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）
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

## 世帯状況・収入等申告書 (介護給付費等)

上尾市長

申告年月日 年 月 日

申告者住所  
氏名

次のとおり申告します。

### 1 世帯の状況等について

障害者（20歳未満の施設に入所する者を除く。）で配偶者がいる場合には、世帯員欄に配偶者を記入してください。

申請者が20歳未満の施設に入所する者又は、障害児の保護者の場合には、世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

	氏名	生年月日			本人との関係	扶養親族等の人数		市町村民税の状況
		個人番号				16歳未満	16~18歳	
申請者		年	月	日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員		年	月	日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年	月	日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年	月	日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年	月	日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年	月	日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年	月	日				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

### 2 申請者の収入の状況について

(以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。)

#### (1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

#### (2) 収入等の状況

収入(A) (年収)

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費(B)

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

(記入上の注意)

- 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください
- 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

（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 円	左の給付費の適用期間	
特定障害者特別給付費（共同生活援助・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	円	食事療養（生活療養）の負担上限月額 円
	上限額の適用期間		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

第3号様式（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	年 月 日 ▶
障害種別		
交付年月日	年 月 日 ▶	
支給市町村名 及び印	上尾市 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>	

(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 日から 年 月 日まで
指定特定相談支援事業者名	
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者名	
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・就労選択支援・ 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
	契約日
	当該契約支給量による サービス提供終了日
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
	契約日
	当該契約支給量による サービス提供終了日
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
	契約日
	当該契約支給量による サービス提供終了日
サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	

(十一)		
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)		
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、この証にマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 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。

第4号様式（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	上尾市 印		

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 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マイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。</p> <p>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。）</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

上尾市長

## 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

### 不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）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。
  - (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、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求ができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

（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

上尾市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		個人番号											
	氏名		生年月日	年 月 日										
	居住地	〒												
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								
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。）														

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定		有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	
		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		申請に係る具体的内容
		介護給付費	訓練等給付費	
その他	訪問系	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助	
		<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 就労選択支援	
		<input type="checkbox"/> 行動援護		
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		
日中活動系	訓練系・就労系	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援	
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	
居住系		<input type="checkbox"/> 施設入所支援	<input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム）	
地域相談支援		<input type="checkbox"/> 地域移行支援		
		<input type="checkbox"/> 地域定着支援		

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、上尾市から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設又は指定一般相談支援事業者の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）又は地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請 する 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯（※）に属する者 ※ 療養介護を利用する場合は、①又は②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が 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 万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者:所得割 万円未満）に属する者			
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。			
	<20歳以上の方> 1. 療養介護利用者であること（年齢 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）	
	<input type="checkbox"/> III 施設入所者（注）に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費等軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 （注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設）			
	<20歳以上の方> 1. 施設入所者であること（年齢 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）	
	<input type="checkbox"/> IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（家賃軽減措置） 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。			
	<input type="checkbox"/> V 生活保護への移行予防措置（自己負担減免措置、補足給付の特例措置）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。			

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

上尾市長

（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

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 上尾市 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 上尾市  
提出期限

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

上尾市長

### 支給（給付）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25条第1項及び第51条の10第1項の規定により、下記のとおり支給（給付）決定を取り消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	
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	
支給（給付） 決定取消日			
取消理由			

受給者証を上尾市 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 上尾市  
返還期限

#### 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）  
上尾市 課

申請内容変更届出書（介護給付費等）

上尾市長

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	<input type="checkbox"/> 支給（給付）決定障害者等（本人） <input type="checkbox"/> 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		

変更事項 (該当に○を して下さい。)	支給（給付）決定障害者等に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	支給決定に係る児童に関する事	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。

受給者証再交付申請書 (介護給付費等)

上尾市長

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	受給者 証 番 号	
	2 地域相談支援受給者証		
	3 療養介護医療受給者証		

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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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。)

第12号様式から第19号様式を次のように改める。

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

第 号  
年 月 日

様

上尾市長

年 月 日に申請のありました（特例介護給付費・特例訓練等給付費・特例特定障害者特別給付費・特例地域相談支援給付費）の支給について（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30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35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15）の規定に基づき下記のとおり決定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	
--------------------	--	------------------	--

申請者氏名

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
（特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 特例地域 相談支援給付費）申請額		円	
支給（給付）決定の内容			
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先 上尾市 課

上尾市長

## 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 上尾市

提出期限

第 14 号様式 (第 15 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	上尾市 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>	

(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 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 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		

(四)	
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	

(五)
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 指定地域相談支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定一般相談支援事業者に提示してください。</p> <p>3 給付決定期間を超過したときは地域相談支援給付費の給付を受けられませんので、給付決定期間を超過する前に、市町村にこの証を添えて、給付の再申請をしてください。</p> <p>4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>5 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。</p> <p>また、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。</p> <p>6 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。</p> <p>また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。</p> <p>7 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。</p> <p>8 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p> <p>9 給付決定の内容欄に記載されていない地域相談支援については、地域相談支援給付費の給付は受けられません。</p>

## 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

上尾市長

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

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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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			

上尾市長

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 5 1 条の 1 7 第 1 項・児童福祉法第 2 4 条の 2 6 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		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内に上尾市長に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

第 17 号様式（第 23 条関係）

計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

上尾市長

次のとおり届け出します。

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			
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 \_\_\_\_\_

上尾市長

## 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いた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	提出先 : 上尾市 提出期限 :		

（お問合せ先）  
上尾市 課

上尾市長

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 5 1 条の 1 7 第 1 項・児童福祉法第 2 4 条の 2 6 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		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内に上尾市長に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(お問合せ先)

上尾市 課

第19号様式の2及び第19号様式の3を削る。

第20号様式から第21号様式を次のように改める。

自立支援医療費（育成）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	〒	<input type="checkbox"/> 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					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p>申請者氏名 _____ 年 月 日</p> <p style="text-align: right;">上尾市長</p>					

- ※ 「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、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。

第20号様式の2（第26条関係）

自立支援医療（育成医療）意見書（診断書）

受診者	氏名		生年月日	年 月 日	歳
	居住地				
病名		発症年月日	年 月 日 (先天性・後天性 歳)		
障害の種類 (該当するものに○をつける)	(1)肢体不自由      (2)視覚障害      (3)聴覚・平衡機能障害 (4)音声・言語・そしゃく機能障害      (5)心臓機能障害      (6)腎臓機能障害 (7)小腸機能障害      (8)肝臓機能障害      (9)その他内臓障害      (10)免疫機能障害				
障害の状況					
医療の具体的方針	(補装具 有・無)				
治療	治療見込期間	入院治療期間      年    月    日～      年    月    日 (    日間) 通院治療期間      年    月    日～      年    月    日 (    日間) 通院回数 (月 回) 訪問看護期間      年    月    日～      年    月    日 (    日間) 訪問回数 (月 回) 通算      日間 手術予定年月日      年    月    日			
	医療費概算額	入院治療費      円 通院治療費      円 訪問看護等      円      }      計      円			
移送費見込額	円				
医療費概算及び移送費見込合計額	円				
治療後における障害の回復状況の見込み					
上記のとおり診断し、その医療費及び移送費を概算します。 年 月 日 医療機関 所在地 名称 電話 担当医師名					

自立支援医療費(更生)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	
	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											
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="margin-left: 200px;">年 月 日</span></p> <p style="text-align: right;">上尾市長</p>											

- ※ 「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。
- ※ 上記署名をもって健康保険状況及び市民税の課税状況等、その他支給決定にあたり必要と判断される事項について、官公署等の関係機関に必要な応じ、調査確認されることに同意したものとみなします。

上尾市長

自立支援医療（育成医療）支給認定決定通知書

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。			

この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3か月以内に、書面で、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の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ができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

上尾市 課

第 2 1 号様式の次に次の 2 様式を加える。

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									
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									
上記のとおり認定する。									
年 月 日									
								上尾市長	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、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口にて提出すること。

(裏面)

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）

公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特記事項	

年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月額自己負担額上限 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名
月 日	

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	備考
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
特記事項				

この管理票は、自立支援医療受給者証と一緒に指定医療機関・指定薬局の窓口へ提出し月額負担上限額を管理してください。

第 2 2 号様式及び第 2 2 号様式の 2 を次のように改める。

上尾市長

自立支援医療（更生医療）支給認定決定通知書

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			
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。			

この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3か月以内に、書面で、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の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ができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

上尾市 課

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									
上記のとおり認定する。									
年 月 日									
								上尾市長	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、特定疾病区分が記載された資格確認書等を医療機関窓口に提出すること。

(裏面)

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）

公費負担の対象となる障害

医療の具体的方針

特記事項

第 2 2 号様式の 2 に次の 1 様式を加える。



第 2 3 号様式を次のように改める。

上尾市長

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53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

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か月以内に上尾市長に対して審査請求をすることができます(なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、上尾市を被告として(訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する判決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。)

(お問合せ先)

上尾市 課

上尾市長

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53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

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か月以内に上尾市長に対して審査請求をすることができます(なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、上尾市を被告として(訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。)提起することができます(なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。)。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます(なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。)

(お問合せ先)

上尾市 課

第 2 3 号様式の 2 を削る。

第 2 4 号様式及び第 2 4 号様式の 2 を次のように改める。

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（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		
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	〒	<input type="checkbox"/> 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			
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	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)		
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者同一の加入者)		
	身体障害者手帳番号		
備 考			
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">上尾市長</p>			

※ 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。



第 2 4 号様式の 2 の次に次の 4 様式を加える。

上尾市長

自立支援医療（育成医療）支給変更決定通知書

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) 医療機関を受診する際は、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。			

この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3か月以内に、書面で、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の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ができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

上尾市 課

第 号  
年 月 日

上尾市長

### 自立支援医療（更生医療）支給変更決定通知書

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			
<p>(注意事項)</p> <p>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。</p>			

この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3か月以内に、書面で、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の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ができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

上尾市 課

上尾市長

## 自立支援医療（育成医療）支給変更却下通知書

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56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

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か月以内に上尾市長に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する判決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する判決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

（お問合せ先）

上尾市 課

上尾市長

## 自立支援医療（更生医療）支給変更却下通知書

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56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

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か月以内に上尾市長に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

(お問合せ先)

上尾市 課

第 2 5 号様式を次のように改める。

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 1 8 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	〒								<input type="checkbox"/> 受診者と同じ			
	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		<p>該当するものに○を付けてください。</p> <p>1 破損</p> <p>2 汚損</p> <p>3 紛失</p>											
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">上尾市長</p>													

※ 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。

第 2 5 号様式の次に次の 1 様式を加える。

自立支援医療受給者証再交付申請書（更生医療）			
受 診 者	フリガナ		生年月日
	氏 名		
	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 破損 2 汚損 3 紛失		
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  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin: 0 auto;"> <span>年 月 日</span> <span>上尾市長</span> </div>			

※ 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。

第26号様式を次のように改める。

上尾市長

### 自立支援医療（育成医療）支給認定取消通知書

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。	

この処分不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面で、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

上尾市 課

第 26 号様式の次に次の 1 様式を加える。

第 号  
年 月 日

上尾市長

### 自立支援医療（更生医療）支給認定取消通知書

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 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	
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。	

この処分不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して 3 か月以内に、書面で、上尾市長に対して審査請求をすることができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して 3 か月以内であっても、この処分の日から起算して 1 年を経過したときは、審査請求をすることができません。

この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内に、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、提起することができます。

ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して 6 か月以内であっても、この処分の日から起算して 1 年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

（お問合せ先）

上尾市 課

第 2 7 号様式の 6 及び第 2 7 号様式の 7 を次のように改める。

第27号様式の6（第32条の3関係）

自立支援医療（育成医療）移送・看護費支給承認通知書										
公費負担者番号										本人
公費負担医療 の受給者番号										氏名
移 送	区間及び経路									
	方 法									
	承認期間		年	月	日から	年	月	日まで	(月	回)
看 護	承認期間		年	月	日から	年	月	日まで	(	日間)
<p>上記のとおり育成医療（移送・看護）費の給付を承認します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">上尾市長</p> <p style="text-align: center; margin-top: 50px;">様</p>										

第27号様式の7（第32条の3関係）

自立支援医療（育成医療）移送・看護費支給不承認通知書									
公費負担者番号									本人
公費負担医療の受給者番号									氏名
申請者氏名					申請 年月日	年 月 日	受理 年月日	年 月 日	
申請者住所									
不承認の理由									
<p>上記の理由により育成医療（移送・看護）費の支給は承認できないので通知します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">上尾市長</p> <p style="text-align: center;">様</p>									
<p>教示</p> <p>この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3か月以内に、書面で、上尾市長に対して審査請求をすることができます。</p> <p>ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の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ができません。</p> <p>この処分の取消しを求める訴え（取消訴訟）は、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、提起することができます。</p> <p>ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。</p>									

第28号様式から第31号様式までを次のように改める。

補装具費（購入・借受け・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

（宛先）上尾市長

申請者	住 所												
	氏 名												
	個 人 番 号												
	対象者との続柄												
	電 話												

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	<input type="checkbox"/> 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						F A X						
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	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。												

上尾市長

### 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		電話番号		
保護者氏名			続柄		
支給番号			支給決定日		
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	
			(中間月)	円	
			(最終月)	円	
		円			円

#### 教 示

この決定について不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に上尾市長に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、上尾市長を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

（お問合せ先）

上尾市 課

## 補 装 具 費 支 給 券

支給番号		支 給 日 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	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					
					上尾市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>
適 合 判 定	判 定 日 年 月 日	年 月 日	判 定 員 職 氏 名		
受 領	受 領 日 年 月 日	年 月 日	受 領 者 氏 名	本人との関係	

（お問合せ先）  
上尾市 課

## 補 装 具 費 支 給 券

支給番号		支給 決定日	年 月 日
借受け期間	年 月 日	～	年 月 日
氏 名		生年月日	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			
			上尾市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>

（お問合せ先）  
上尾市 課

## 補 装 具 費 支 給 券

支給番号		支 給 決 定 日	年 月 日	
借 受 け 期 間	年 月 日	~	年 月 日	
氏 名		生 年 月 日	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				
			上尾市長 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>	
返 却 確 認	返 却 日	年 月 日	事 業 者 名	
			申 請 者 氏 名	本 人 と の 関 係

(お問合せ先)  
上尾市 課

第 号  
年 月 日

上尾市長

## 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

#### 2 却下の理由

### 教 示

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か月以内に上尾市長に対して審査請求をすることができます（なお、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か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、上尾市長を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

（お問合せ先）

上尾市 課

第 3 3 号様式を次のように改める。

高額障害福祉サービス等給付費支給 (不支給) 決定通知書

第 年 月 日 号

様

上尾市長

年 月 日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第 76 条の 2 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														

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	年 月分
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円
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

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に上尾市を被告として (訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。)、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 (次の (1) から (3) までのいずれかに該当するときを除く。) 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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先 上尾市 課

(上尾市障害児通所給付費の支給等に関する規則の一部改正)

第4条 上尾市障害児通所給付費の支給等に関する規則(平成24年上尾市規則第20号)の一部を次のように改正する。

第2条第1項中「(障害児通所給付費・特例障害児通所給付費)支給決定申請書兼利用者負担額減額・免除等決定申請書(第1号様式)により」を「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(第1号様式)に世帯状況・収入等申告書(障害児通所給付費)(第1号様式の2)を添えて」に改め、同条第2項中「(障害児通所給付費・特例障害児通所給付費)支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」を「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」に、「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3条中「障害児支援利用計画案提出依頼書」を「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」に改める。

第6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7条第1項中「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8条第1項中「(障害児通所給付費・特例障害児通所給付費)支給決定変更申請書兼利用者負担額減額・免除等決定変更申請書」を「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」に改め、同条第2項中「(障害児通所給付費・特例障害児通所給付費)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「障害児通所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、「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10条第1項中「(障害児通所給付費・特例障害児通所給付費)支給決定申請書兼利用者負担額減額・免除等決定申請書(第1号様式)を」を「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(第1号様式)に世帯状況・収入等申告書(障害児通所給付費)(第1号様式の2)を添えて」に改め、同条第2項中「(障害児通所給付費・特例障害児通所給付費)支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」を

「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」に、「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12条第1項中「（障害児相談支援給付費・特例障害児相談支援給付費）支給申請書」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」に改め、同条第3項中「（障害児相談支援給付費・特例障害児相談支援給付費）支給決定（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13条中「障害児相談支援依頼（変更）届出書」を「計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書」に改める。

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

第1号様式を次のように改める。

## 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

上尾市長

次のとおり申請します。

		申請年月日		年	月	日													
申請者	フリガナ						個人番号												
	氏名						生年月日												
	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												
							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																		
申請する支援	支援の種類					申請に係る具体的内容														
	<input type="checkbox"/>	児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）																		
	<input type="checkbox"/>	医療型児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）																		
	<input type="checkbox"/>	放課後等デイサービス																		
	<input type="checkbox"/>	居宅訪問型児童発達支援																		
<input type="checkbox"/>	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、上尾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

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	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる資料を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

第 1 号様式の次に次の 1 様式を加える。

## 世帯状況・収入等申告書（障害児通所給付費）

上尾市長

申告年月日 年 月 日

申告者住所

氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について

世帯員欄に住民票上の世帯に属する世帯員について記入してください。

	氏名	生年月日		本人との関係	扶養親族等の人数		市町村民税の状況
		個人番号			16歳未満	16~18歳	
申請者							<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
		年 月 日					<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

（以下の(1)(2)の部分は、医療型個別減免・補足給付（施設入所者に限る。）を申請する場合のみ記入してください。）

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収入その他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種類	内容	金額
租税		円
		円
社会保険料		円
		円

（記入上の注意）

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください
2. 書ききれない場合は、余白に記入するかまたは別紙に記入の上添付してください。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

第2号様式から第6号様式までを次のように改める。

上尾市長

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		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に上尾市長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、上尾市長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

第 号  
年 月 日

上尾市長

## 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

### 不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）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。
  - (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、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

上尾市長

## 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 上尾市 課

提出期限 年 月 日

第5号様式（第4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		上尾市 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span>

(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 日から 年 月 日まで
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
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
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	
<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。</p> <p>3 児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証にマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	

(九)	
注意事項欄	
<p>7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。</p> <p>12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p> <p>13 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。</p>	

第6号様式（第4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	上尾市 <input type="checkbox"/>		

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 児童発達支援のうち治療に係るもの(以下「肢体不自由児通所医療」という。)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マイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。）等を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>5 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、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>

第 8 号様式から第 13 号様式までを次のように改める。

特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

上尾市長



年 月 日に申請のありました特例障害児通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

通所受給者証 番号										通所給付決定 保護者氏名	
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-----------------	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例障害児通所給付費申請額	円		
支給決定の内容			
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円
不支給・減額の理由			

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、埼玉県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）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。
  - (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、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合わせ先）

上尾市 課



## 受給者証再交付申請書 (障害児通所給付費)

上尾市長

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									
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>									
居 住 地	〒										
	電話番号										
フリガナ		生年月日									
支給決定に係る 児 童 氏 名		続柄									
		個 人 番 号									
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>									

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者 (本人) <input type="checkbox"/> 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	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;">1 汚損</div> <div style="text-align: center;">2 紛失</div> <div style="text-align: center;">3 その他</div> </div> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">             具体的な状況           </div>
-------	--

※従前使用していた受給者証を添付すること。(紛失を除く。)

## 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

上尾市長

次のとおり申請します。

		申請年月日		年	月	日														
申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日														
	氏名		個人番号																	
	居住地	〒		電話番号																
	フリガナ		生年月日																	
	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		
申請する支援	支援の種類		申請に係る具体的内容
	<input type="checkbox"/>	児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	<input type="checkbox"/>	医療型児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	<input type="checkbox"/>	放課後等デイサービス	
	<input type="checkbox"/>	居宅訪問型児童発達支援	
<input type="checkbox"/>	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、上尾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

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	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1. 生活保護受給世帯 2. 市町村民税非課税世帯に属する者 3. 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者
	<input type="checkbox"/> 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。
	<input type="checkbox"/> 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( <input type="checkbox"/> 自己負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

上尾市長

障害児通所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（障害児通所給付費の支給変更）（及び）（利用者負担額減額・免除等の変更）  
について、児童福祉法律第 21 条の 5 の 3 及び第 21 条の 5 の 8 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		通所給付決定 保護者氏名	
変更年月日		給付決定に係る 障害児氏名	
変更の内容	変更前		
	変更後		

受給者証を上尾市 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 上尾市 課

提出期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

上尾市長

## 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			

受給者証を上尾市 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 上尾市 課

返還期限 年 月 日

### 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

第15号様式から第20号様式までを次のように改める。

高額障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

第 年 月 日 号

様

上尾市長



年 月 日に申請のありました高額障害児通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

通所給付決定保護者氏名		通所受給者証番号													
決定に係る児童氏名															

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係るサービス利用月	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
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

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に埼玉県知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、埼玉県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するものを除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合わせ先）  
上尾市 課

## 計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

上尾市長

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

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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 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				

上尾市長

## 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 5 1 条の 1 7 第 1 項・児童福祉法第 2 4 条の 2 6 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		

### 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内に上尾市長に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

## 計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

上尾市長

次のとおり届け出します。

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

第 号  
年 月 日

上尾市長

### 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 受給者証号		地域相談支援 受給者証号	
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	提出先 : 上尾市 課 提出期限 : 年 月 日		

(お問合せ先)  
上尾市 課

上尾市長

## 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	年 月 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：上尾市 課  提出期限： 年 月 日		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に上尾市長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、上尾市長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に上尾市を被告として（訴訟において上尾市を代表する者は上尾市長となります。）、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（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）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。
  - 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。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、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、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

上尾市 課

## 附 則

### (施行期日)

1 この規則は、令和8年2月24日から施行する。

(上尾市身体障害者福祉法施行細則の一部改正に伴う経過措置)

2 この規則の施行の際、現に備えられているこの規則による改正前の上尾市身体障害者福祉法施行細則第17号様式による書類は、この規則による改正後の上尾市身体障害者福祉法施行細則第17号様式による書類とみなす。

(上尾市知的障害者福祉法施行細則の一部改正に伴う経過措置)

3 この規則の施行の際、現に備えられているこの規則による改正前の上尾市知的障害者福祉法施行細則第12号様式による書類は、この規則による改正後の上尾市知的障害者福祉法施行細則第12号様式による書類とみなす。

(上尾市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部改正に伴う経過措置)

4 この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の上尾市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則(以下「旧障害者総合支援法細則」という。)による書類は、この規則による改正後の上尾市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則(以下「新障害者総合支援法細則」という。)によるものとみなす。

5 この規則の施行の際、現に交付されている旧障害者総合支援法細則による書類は、この規則による新障害者総合支援法細則によるものとみなす。

(上尾市障害児通所給付費の支給等に関する規則の一部改正に伴う経過措置)

6 この規則の施行の際、現に提出されているこの規則による改正前の上尾市障害児通所給付費の支給等に関する規則(以下「旧障害児通所給付費規則」という。)による書類は、この規則による改正後の上尾市障害児通所給付費の支給等に関する規則(以下「新障害児通所給付費規則」という。)によるものとみなす。

7 この規則の施行の際、現に交付されている旧障害児通所給付費規則によ

る書類は、この規則による新障害児通所給付費規則によるものとみなす。