

佐賀県立九千部学園管理規則等の一部を改正する規則をここに公布する。

平成二十四年三月三十日

佐賀県知事 古 川 康

佐賀県規則第四十号

佐賀県立九千部学園管理規則等の一部を改正する規則

(佐賀県立九千部学園管理規則の一部改正)

第一条 佐賀県立九千部学園管理規則(昭和五十五年佐賀県規則第二十九号)の一部を次のように改正する。

第四条第四項中「前三項」を「前各項」に改め、同項を同条第五項とし、同条中第三項を第四項とし、第二項を第三項とし、第一項の次に次の一項を加える。

2 学園に副園長を置くことができる。

第五条第四項中「前条第四項」を「前条第五項」に改め、同項を同条第五項とし、同条第三項を同条第四項とし、同条第二項中「園長」を「上司」に改め、同項を同条第三項とし、同条第一項の次に次の一項を加える。

2 副園長は、園長を補佐し、学園の事務を整理する。

第六条第一項中「総務課長」を「副園長」に改め、同条中第二項を第三項とし、第一項の次に次の一項を加える。

2 園長及び副園長がともに不在のときは、総務課長が園長の職務を代行する。

第十条中「指定旧法施設支援」を「指定障害福祉サービス」に、「第二十二條第五項」を「第二十二條第八項」に改める。

(佐賀県中央児童相談所等の管理に関する規則の一部改正)

第二条 佐賀県中央児童相談所等の管理に関する規則(昭和五十八年佐賀県規則第二号)の一部を次のように改正する。

第六条第一項第九号中「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に、「施設受給者証」を「入所受給者証」に、「施設給付決定」を「入所給付決定」に改める。

第七条第二項中第十四号を削り、第十三号を第十四号とし、第十号から第十二号までを一号ずつ繰り下げ、同項第九号中「第六項」を「第五項」に改め、同号を同項第十号とし、同項第二号から第八号までを一号ずつ繰り下げ、同項第一号の次に次の一号を加える。

二 児童福祉法第二十四条の二十四に定める事務

第七条第二項中第十五号を削り、第十六号を第十五号とし、第十七号から第二十号までを一号ずつ繰り上げる。

(児童福祉法等施行細則の一部改正)

第三条 児童福祉法等施行細則(平成十年佐賀県規則第二十一号)の一部を次のように改正する。

第五条中「児童福祉法施行規則(昭和二十三年厚生省令第十一号)第三十六条の三十七」を「施行規則第三十六条の四十一」に改める。

第九条の見出しを「(障害児入所給付費の申請)」に改め、同条中「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に、「世帯状況・収入・資産等報告書」を「世帯状況・収入等申告書」に改める。

第十条中「障害児施設給付費」を「障害児入所給付費」に改める。

第十二条中「障害児施設受給者証」を「入所受給者証」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。

第十四条の見出しを「(高額障害児施設給付費の申請)」に改め、同条中「高額障害児施設給付費申請書」を「高額障害児入所給付費申請書」に改める。

様式第二号中「給付所」を「給付申請事務所」に改める。

様式第三号(裏)中「第1条の36第1号」を「第1条の37第1号」に

「第34条の15第1項」及び「第34条の20第1項」に於ける。

「児童福祉法」の「障害児施設給付費」及び「障害児入所給付費」並びに「支給申請に係る障害児」及び「支給申請に係る児童」並びに「障害児施設医療費支給対象施設（第1種自閉症児施設、肢体不自由児施設（入所部・通所部） 肢体不自由児通園施設、重症心身障害児施設、指定医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児）」及び「障害児入所医療費支給対象施設（医療型障害児入所施設及び指定医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児に係るもの）」並びに「障害福祉サービス（居宅サービス）」及び「障害福祉サービス」並びに「指定施設支援（施設サービス）」及び「障害児通所支援」並びに「施設名等」及び「サービスの種類と内容等」並びに

| | | |
|-------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> 知的障害児施設 | <input type="checkbox"/> 第1種自閉症児施設 | <input type="checkbox"/> 第2種自閉症児施設 |
| <input type="checkbox"/> 知的障害児通園施設 | <input type="checkbox"/> 盲児施設 | <input type="checkbox"/> ろうあ児施設 |
| <input type="checkbox"/> 難聴幼児通園施設 | <input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設 (入所部・通所部) | <input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設 |
| <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通園施設 | <input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設 | <input type="checkbox"/> 指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児) |

及び

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 障害児入所支援（福祉型障害児入所施設によるもの） |
| <input type="checkbox"/> 障害児入所支援（医療型障害児入所施設によるもの） |
| <input type="checkbox"/> 指定医療機関（肢体不自由児又は重症心身障害児に係るもの） |

| | |
|---|---|
| <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であって、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 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 | <input type="checkbox"/> II 個別減免・医療型個別減免に関する認定 下記の(1)、(2)のいずれかにあてはまるため、個別減免・医療型個別減免を申請します。 1 施設を利用する方が20歳以上の場合 (下記項目を満たすこと。) (1) 施設入所者(注1)又は医療型施設入所者(注2)であること。(年齢 歳) (2) 市町村民税非課税世帯の者であること。 (3) 一定の資産を有していないこと。 ア 預貯金等の額が350万円以下であること。 イ 不動産を所有していないこと。(親族等が現に居住する不動産を除く。) |
| <input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定(医療型施設は除く。) 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。 (施設を利用する方が20歳以上の場合) 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の者であること。 | <input type="checkbox"/> IV 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) |
| <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(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 *福祉事務所(町)にあっては保健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。 | |

を

| | |
|---|---|
| <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。 (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であって、世帯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 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、世帯の市町村民税の所得割の合計額が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又は指定医療機関(肢体不自由児・重症心身障害児に係るもの)の入所者であるため、医療型個別減免を申請します。 |
| <input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費(IV)において「補足給付」と記載。)に関する認定 福祉型障害児入所施設の入所者であるため、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、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(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 *福祉事務所(町)にあっては保健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。 | |

に

改め、

「(注1) 対象施設は、障害児施設給付費の対象となる入所施設（通所施設は除く。）

(注2) 対象施設は、障害児施設給付費及び障害児施設医療費の対象となる入所施設（通所施設は除く。）

を

削る。

様式第八号その二及び様式第九号を次のように改める。

世帯状況・収入等申告書

佐賀県知事 様

申告年月日 年 月 日

申請者(保護者)住所

(保護者)氏名

次のとおり申告します。

1 申請者の世帯の状況等について

| | 氏 名 | 生 年 月 日 | 本人との関係 | 市町村民税の状況 |
|-------|-----|---------|--------|--|
| 申 請 者 | | | | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| 世 帯 主 | | | | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| 世 帯 員 | | | | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |
| | | | | <input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税 |

2 申請者の世帯の収入等の状況について

(以下の(1)、(2)の部分は、医療型個別減免や特定入所障害児食費等給付費(補足給付)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 |
| そ の 他 収 入 | 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 |

(裏面に続く)

| | | | |
|--------|---|---------|--|
| 申告書提出者 | <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 _____ | | |

(記入上の注意)

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に必ず添付して下さい。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 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。

様式第9号 (第10条関係)

障害児入所給付費及び特定入所障害児食費等給付費利用者負担額減額・免除等変更申請書

佐賀県知事 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 | | 受給者証番号 | |
| | 居住地 | 〒 | 電話番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| | 変更申請に係る児童氏名 | | 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 |
| | 変更理由 | | | |

| | |
|-------------|---|
| 変更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（の変更）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であって、世帯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 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、世帯の市町村民税の所得割の合計額が28万円未満のもの |
| | <input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、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"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置）（の変更）を申請します。 ＊福祉事務所（町にあっては、保健福祉事務所）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) | | |
| フリガナ | | 申請者との関係 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |

様式第十一号「 給付決定に係る障害児」や「 入所給付決定に係る児童」及び
「 施設給付決定保護者」や「 入所給付決定保護者」に改める。

様式第十一号中

「 受給者証の再交付について申請します。 」 又は

入所受給者証
 障害児入所医療受給者証

の再交付について申請します。 及び「 給付決定
」

に係る障害児」や「 入所給付決定に係る児童」及び「 届出書」や「 申請書」に
改める。

様式第十一号その一及び様式第十一号その二を次のように改める。

様式第12号その1 (第13条関係)

| (一) | (二) | (三) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----------------|-------|--------|--|-----------|-----|------|----|------|------|----|----|------|-------|--|-----------------|--|---|-----------|--|-------------|--|--------|-----------------|--------------------|--|-----|--|------|-----------------|-------------|--|--------|--|------|-----------------|------|--|---|----------------|--|--|---------------|---------|-------|--|--------------|--|--------------|--|--|--------------|--|--------------|--|--|--------------|--|--------------|--|-------|--|--|
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">入所受給者証</th></tr> <tr><td style="width:20%;">受給者証番号</td><td></td></tr> <tr><td rowspan="5" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">入所給付決定保護者</td><td>居住地</td></tr> <tr><td>フリガナ</td></tr> <tr><td>氏名</td></tr> <tr><td>生年月日</td></tr> <tr><td>フリガナ</td></tr> <tr><td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: mixed;">児童</td><td>氏名</td></tr> <tr><td>生年月日</td></tr> <tr><td>交付年月日</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">支給都道府県又は市の名称及び印</td></tr> </table> | 入所受給者証 | | 受給者証番号 | | 入所給付決定保護者 | 居住地 | フリガナ | 氏名 | 生年月日 | フリガナ | 児童 | 氏名 | 生年月日 | 交付年月日 | | 支給都道府県又は市の名称及び印 | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="2" style="text-align: center;">入所給付決定の内容</th></tr> <tr><td>入所支援の種類及び内容</td><td></td></tr> <tr><td>給付決定期間</td><td style="text-align: center;">年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">特定入所障害児食費等給付費の支給内容</td></tr> <tr><td>支給額</td><td></td></tr> <tr><td>適用期間</td><td style="text-align: center;">年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</td></tr> <tr><td>負担上限月額</td><td></td></tr> <tr><td>適用期間</td><td style="text-align: center;">年 月 日から 年 月 日まで</td></tr> <tr><td colspan="2">特記事項</td></tr> </table> | 入所給付決定の内容 | | 入所支援の種類及び内容 | | 給付決定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 特定入所障害児食費等給付費の支給内容 | | 支給額 | | 適用期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 利用者負担に関する事項 | | 負担上限月額 | | 適用期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | 特記事項 | | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th colspan="3" style="text-align: center;">指定障害児入所施設等の記入欄</th></tr> <tr><th style="width:25%;">指定障害児入所施設等の名称</th><th style="width:50%;">入所日・退所日</th><th style="width:25%;">施設確認印</th></tr> <tr><td rowspan="2"></td><td>入所日 年 月 日</td><td></td></tr> <tr><td>退所日 年 月 日</td><td></td></tr> <tr><td rowspan="2"></td><td>入所日 年 月 日</td><td></td></tr> <tr><td>退所日 年 月 日</td><td></td></tr> <tr><td rowspan="2"></td><td>入所日 年 月 日</td><td></td></tr> <tr><td>退所日 年 月 日</td><td></td></tr> <tr><td colspan="3" style="text-align: center;">(予備欄)</td></tr> </table> | 指定障害児入所施設等の記入欄 | | | 指定障害児入所施設等の名称 | 入所日・退所日 | 施設確認印 | | 入所日 年 月 日 | | 退所日 年 月 日 | | | 入所日 年 月 日 | | 退所日 年 月 日 | | | 入所日 年 月 日 | | 退所日 年 月 日 | | (予備欄) | | |
| 入所受給者証 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所給付決定保護者 | 居住地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 児童 | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 交付年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給都道府県又は市の名称及び印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所給付決定の内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入所支援の種類及び内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付決定期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定入所障害児食費等給付費の支給内容 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適用期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用者負担に関する事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 負担上限月額 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 適用期間 | 年 月 日から 年 月 日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定障害児入所施設等の記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定障害児入所施設等の名称 | 入所日・退所日 | 施設確認印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入所日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退所日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入所日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退所日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 入所日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 退所日 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (予備欄) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| (四) | (五) | | | | |
|---|-------|--|---|-------|--|
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">注意事項欄</th></tr> <tr><td> <p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っててください。</p> <p>2 指定入所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>3 医療型障害児入所施設や指定医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児に係るもの）に入所・入院するときは、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、当該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しん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が指定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、この証の二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。（※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。） 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一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佐賀県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佐賀県にこの証を添えて、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 この証の一、二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、佐賀県にその旨を届け出てください。</p> </td></tr> </table> | 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、必ずこの証を指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>3 医療型障害児入所施設や指定医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児に係るもの）に入所・入院するときは、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、当該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しん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が指定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、この証の二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。（※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。） 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一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佐賀県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佐賀県にこの証を添えて、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 この証の一、二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、佐賀県にその旨を届け出てください。</p> | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th style="text-align: center;">注意事項欄</th></tr> <tr><td> <p>8 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、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、佐賀県にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、佐賀県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。 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、速やかに佐賀県に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を佐賀県に返してください。</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ことがあります。</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> </td></tr> </table> | 注意事項欄 | <p>8 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、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、佐賀県にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、佐賀県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。 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、速やかに佐賀県に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を佐賀県に返してください。</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ことがあります。</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> |
| 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、必ずこの証を指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>3 医療型障害児入所施設や指定医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児に係るもの）に入所・入院するときは、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、当該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しん酌して政令で定める額（当該政令で定める額が指定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、この証の二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。（※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。） 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一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佐賀県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佐賀県にこの証を添えて、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 この証の一、二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、佐賀県にその旨を届け出てください。</p> | | | | | |
| 注意事項欄 | | | | | |
| <p>8 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、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、佐賀県にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、佐賀県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。 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、速やかに佐賀県に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を佐賀県に返してください。</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ことがあります。</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12号その2 (第13条関係)

| 障害児入所医療受給者証 | | | | | | | | | | |
|-----------------|-------------------|----|-------|--|--|----------|---|---|--|--|
| 公費負担者番号 | | | | | | | | | | |
| 公費受給者番号 | | | | | | | | | | |
| 入所給付決定保護者 | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 居住地 | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | 生年月日 | | | | |
| 児童 | 氏名 | | | | | 年 | 月 | 日 | | |
| | フリガナ | | | | | 生年月日 | | | | |
| | 被保険者証の記号及び番号 | | | | | 保険者名及び番号 | | | | |
| 給付決定期間 | 年月日から | | 年月日まで | | | | | | | |
| 負担上限月額 | 障害児入所医療(食事療養を除く。) | 月額 | 円 | | | | | | | |
| | 食事療養 | 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 | | | | | | | | | |
| 支給都道府県又は市の名称及び印 | | | | | | | | | | |

| 注意事項欄 |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。 医療型障害児入所施設や指定医療機関（肢体不自由児・重症心身障害児に係るもの）に入所・入院するときは、必ず必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、当該施設等に提示してください。 障害児入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。（※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。） 障害児入所医療の負担上限月額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佐賀県に提出してください。 給付決定期間を経過したときは、障害児入所医療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佐賀県にこの証を添えて、障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。 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、佐賀県にその旨を届け出てください。 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、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、佐賀県にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、佐賀県に届け出てください。 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、佐賀県に返してください。 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を佐賀県に返してください。 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。 |

様式第十三号中「高額障害児施設給付費」を「高額障害児入所給付費」に「給付決定に係る障害児」を「入所給付決定に係る児童」に改める。

(佐賀県療育支援センター管理規則の一部改正)

第四条 佐賀県療育支援センター管理規則(平成二十一年佐賀県規則第十三号)の一部を次のように改正する。

第四条第一項中「、課に課長を」を削り、第三項中「前二項」を「前各項」に改め、同項を第五項とし、同条中第二項を第四項とし、第一項の次に次の二項を加える。

2 センターに副所長を置くことができる。

3 課に課長を置く。

第五条第四項中「前条第三項」を「前条第五項」に改め、同項を同条第五項とし、同条第三項を同条第四項とし、同条第二項中「所長を補佐し」を「上司の命を受けて」に改め、同項を同条第三項とし、同条第一項の次に次の一項を加える。

2 副所長は、所長を補佐し、センターの事務を整理する。

第六条第一項中「総務課長」を「副所長」に改め、同条中第二項を第三項とし、第一項の次に次の一項を加える。

2 所長及び副所長がともに不在のときは、総務課長が所長の職務を代行する。

第八条第一号中「第七条第三項」を「第七条第二項」に、「知的障害児施設支援(」を「障害児入所支援(治療を除く。」に、「入所施設支援」を「入所支援」に改め、同条第二号中「第七条第四項」を「第六条の二第二項」に、「知的障害児通園施設支援」を「児童発達支援」に、「通園施設支援」を「児童発達支援」に改める。

第九条第一項第一号中「児童福祉法」を「入所支援に係る児童福祉法」に、

「施設給付」を「障害児入所給付費の支給」に、「第二十七条第一項」を「第二十七条第一項第三号」に改め、同条第二項第一号中「児童福祉法第二十四条の三第二項」を「児童発達支援に係る児童福祉法第二十一条の五の七第一項」に、「施設給付」を「障害児通所給付費の支給」に、「決定」を「決定（以下「通所給付決定」という。）」に、「第二十七条第一項」を「第二十一条の六」に改め、同項第二号中「で知的障害がある者」を削り、同条に次の二項を加える。

3 児童福祉法第六条の二第五項に規定する保育所等訪問支援（以下「保育所等訪問支援」という。）を受けられる者は、保育所等訪問支援に係る通所給付決定を受けた者又は同法第二十一条の六の規定による措置を受けた者とする。

4 児童福祉法第六条の二第六項に規定する障害児相談支援（以下「障害児相談支援」という。）を受けられる者は、同法第二十四条の二十六第一項各号に規定する者とする。

第十条第一項中「利用申込書」を「短期入所利用申込書」に、「第二十五条第五項」を「第二十五条第八項」に改め、同条第二項中「入所施設支援」を「入所支援」に、「施設給付決定保護者」を「入所給付決定保護者」に、「第二十四条の三第二項」を「第二十四条の三第六項」に改め、「以下「保護者」という。」を削り、「第六十三条の三の二第一項又は第二項」を「第二十四条の二十四第一項」に、「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に、「入所申込書」を「入所支援利用申込書」に、「障害児施設受給者証（以下「受給者証」という。）」を「入所受給者証」に改め、同条第三項中「通園施設支援」を「児童発達支援」に、「保護者」を「障害児の通所給付決定保護者（児童福祉法第六条の二第八項に規定する通所給付決定保護者をいう。以下同じ。）」に、「通園申込書」を「児童発達支援利用申込書」に、「受給者証」を

「児童福祉法第二十一条の七第九項の規定により交付された通所受給者証（以下「通所受給者証」という。）」に改め、同条に次の二項を加える。

4 保育所等訪問支援を受けるため、センターを利用しようとする障害児の通所給付決定保護者は、保育所等訪問支援利用申込書（様式第四号）に通所受給者証を添えて、これを所長に提出し、その承認を受けなければならない。

5 障害児相談支援を受けるため、センターを利用しようとする障害児相談支援対象保護者（児童福祉法第二十四条の二十六第一項に規定する障害児相談支援対象保護者をいう。以下同じ。）は、障害児相談支援利用申込書（様式第五号）を所長に提出し、その承認を受けなければならない。

第十二条中「第三条第三項」を「第三条第五項」に改め、同条第四号中「入所施設支援若しくは通園施設支援」を「入所支援、児童発達支援、保育所等訪問支援若しくは障害児相談支援」に、「保護者」を「入所給付決定保護者、通所給付決定保護者、障害児相談支援対象保護者」に改める。

様式第一号中「利用申込書」を「短期入所利用申込書」に、「利用者」を「利用希望児童」に、「受給者氏名」を「受給者氏名（申込者と同じ場合は記載を省略可）」に改める。

様式第二号中「入所申込書」を「入所支援利用申込書」に、「利用者」を「利用希望児童」に、「入所施設支援を受けたいので」を「入所支援を受けるため佐賀県療育支援センターを利用したいので」に

を

| 障害児施設 受給者証番号 | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

に

| 入所受給者証番号 | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者氏名 （申込者と同じ場合は記載を省略可） | | | | | | | | | | |

様式第4号 (第10条関係)

保 育 所 等 訪 問 支 援 利 用 申 込 書

年 月 日

佐賀県療育支援センター所長 様

(申込者)

住 所

(電話番号)

氏 名

利用希望児童との続柄等

次のとおり保育所等訪問支援を受けるため佐賀県療育支援センターを利用したいので申し込みます。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------|---|---|---|-----|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 通所受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受給者氏名 (申込者と同じ場合は記載を省略可) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 利用 希望 児童 | 住 所 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | ふ り が な 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 生 年 月 日 (年 齢) | 年 | 月 | 日 | 性 別 | 男 | ・ | 女 | | | | | | | | | | | | |
| 利用(開始)希望日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第5号（第10条関係）

障害児相談支援利用申込書

年 月 日

佐賀県療育支援センター所長 様

(申込者)

住 所

(電話番号)

氏 名

利用希望児童との続柄等

次のとおり障害児相談支援を受けるため佐賀県療育支援センターを利用したいので申し込みます。

| | | | | |
|----------------|--------------------|----------------|-----|-------|
| 利用 希望 児童 | 住 所 | | | |
| | ふりがな 氏 名 | | | |
| | 生 年 月 日 (年 齡) | 年 月 日 (歳) | 性 別 | 男 ・ 女 |
| 備 考 | | | | |

(佐賀県立地域生活リハビリセンター管理規則の一部改正)

第五条 佐賀県立地域生活リハビリセンター管理規則(平成二十三年佐賀県規則第三号)の一部を次のように改正する。

「第二十二条第五項」を「第二十二条第八項」に改める。

附 則

この規則は、平成二十四年四月一日から施行する。