

浜松市児童通所支援事務取扱要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、児童福祉法第21条の5の2の規定に基づく障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費の支給並びに児童福祉法第24条の25の規定に基づく障害児相談支援給付費及び特例障害児相談支援給付費の支給について、児童福祉法施行令（以下「令」という。）、児童福祉法施行規則及び浜松市児童福祉法施行細則（以下「細則」という。）に定めがあるもののほか、必要な事項を定める。

(申請・届出の様式)

- 第2条 細則第4条の2の4の申請書は、特例障害児通所給付費支給申請書（第1号様式）とする。
- 2 細則第4条の4及び第4条の10の申請書は、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2号様式）とする。
- 3 細則第4条の7の届出書は、申請内容変更届出書（第3号様式）とする。
- 4 細則第4条の8の申請書は、受給者証再交付申請書（第4号様式）とする。
- 5 細則第4条の9及び第4条の10の申請書は、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（第5号様式）とする。
- 6 細則第4条の11の申請書は、高額通所給付費支給申請書（第6号様式）とする。
- 7 細則第8条の5の2の申請書は、障害児相談支援給付費支給申請書（第7号様式）とする。また、障害児相談支援を担当する事業者が決定した場合の届出書は、障害児相談支援依頼（変更）届出書（第8号様式）とする。
- 8 令第24条に規定する利用者負担上限額の管理における届出書は、利用者負担上限額管理事務（依頼・変更・取消）届出書（第9号様式）とする。

附 則

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年10月1日から施行する。

(第1号様式)

特例通所給付費支給申請書

【 年 月分】

(あて先) 浜松市長

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所給付費の支給を申請します。

申請者	フリガナ		性別	男・女	児童通所サービス受給者証番号	
	氏名					
	生年月日	年 月 日				
	個人番号					
居住地	〒	電話番号：				
	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	支給決定に係る児童氏名				個人番号	
					続柄	
特例通所給付費 請求額			円			

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 (下欄記入不要) <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下欄記入)	
フリガナ		申請者との関係
氏名		
住所	〒	電話番号：
	フリガナ	
	氏名	

上記に関する特例通所給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所		口座種別	口座番号
	金融機関 コード		店舗 コード		1 普通預金 2 当座預金 3 ()	
	フリガナ 口座名義人					

(注意) この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

浜松市記入欄

領収証確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考

(第3号様式)

申請内容変更届出書

(あて先) 浜松市長

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日
支給(給付)決定 保護者氏名				個人番号	
居住地	〒 電話番号				
フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
支給決定に係る 児童氏名				個人番号	
				続柄	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人(下欄記入不要)		<input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下欄記入)	
フリガナ			本人との 関係	
氏名				
住所	〒 電話番号			

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

※変更した内容を証する書類を添付すること。

(第4号様式)

受給者証再交付申請書

(あて先) 浜松市長

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日
給付決定保護者氏名				個人番号	
居住地	〒				
				電話番号	
フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
支給決定に係る児童氏名				個人番号	
				続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者(本人) (下欄記入不要) <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下欄記入)		
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5号様式)

児童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

(あて先) 浜松市長

受給者証番号	
受付年月日	

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		性別	男	生年月日	年 月 日	
	氏名			女	個人番号	: : : : : : : : : :	
	居住地	〒 パート名等		電話番号:	— —		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		性別	男	生年月日	年 月 日	
	児童氏名			女	個人番号	: : : : : : : : : :	
					続柄		
身体障害者 手帳番号	浜松市 ()	療育手帳 番号	浜松市 ()	精神障害者保健 福祉手帳番号		疾病名	
被保険者証の記号及び番号(※)				保険者名及び保険者番号(※)			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、医療型児童発達支援を申請する場合記入

福祉関係サービス	支援の種類	現在の 利用状況	申請する支援	
			申請日数	利用(予定)施設名
	児童発達支援	日/月	日/月	
	医療型児童発達支援	日/月	日/月	
	放課後等デイサービス	日/月	日/月	
	保育所等訪問支援	日/月	日/月	
	居宅訪問型児童発達支援	日/月	日/月	
変更の理由				

<福祉事務所記入欄>

サービスの決定内容							
<input type="checkbox"/> 申請のとおりに決定する		支給決定期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 利用者負担上限額適用期間の更新		計画相談事業所					
<備考>							
区分	生活保護 世帯	市民税 非課税世帯	市民税課税世帯(市民税所得割)			食事提供 体制加算	上限
			16万円未満	28万円未満	28万円超		
居宅・通所【児】	0円	0円	4,600円		37,200円	無・I・II	有・無
強度行動加算	該当・非該当		放課後デイ指標	該当・非該当		複数児童	有・無
						多子軽減	非該当・2子・3子以降
障害手帳なし (添付書類等)	今回不要・特児・利用証明 医師意見書・保健師提供書・難病証			チェック欄	入力	確認	発送 /

(第6号様式)

年 月 日

(あて先)浜松市長

居住地
 申請者 氏 名 ⑩
 生年月日
 個人番号
 電話番号

高額通所給付費支給申請書
 (年 月分)

高額障害児通所給付費の支給を受けたいので、児童福祉法施行規則第18条の26第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

通所受給者証番号			
支給決定に係る児童	フリガナ 氏名	生年月日	
		申請者から みた続柄	
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額			円
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額			円
同一世帯に属する他の支給決定障害者等	氏名	生年月日	①障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律②児童福祉法③介護保険法による受給者又は被保険者の場合
			制度
	個人番号:		受給者証番号、通所受給者証番号、入所受給者証番号又は被保険者証番号
	個人番号:		
	個人番号:		
	個人番号:		

上記の高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行・信金 信組・農協		本店・支店 出張所		口座種別	口座番号
	金融機関 コード		店舗 コード		1 普通預金	
					2 当座預金	
3 ()						
フリガナ 口座名義人		-----				

(第7号様式)

障害児相談支援給付費支給申請書

(あて先) 浜松市長

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		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				個人番号	
	居住地	〒				
					電話番号	
申請に係る児童氏名	フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名				個人番号	
					続柄	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 (下欄記入不要)		<input type="checkbox"/> 申請者本人以外	
フリガナ		本人との関係		
氏名				
住所	〒			
				電話番号

(第8号様式)

障害児相談支援依頼（変更）届出書

（あて先）浜松市長

次のとおり届け出します。

届出年月日 年 月 日

区分	新規・変更
----	-------

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

障害児相談支援を依頼した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9号様式)

利用者負担上限額管理事務(依頼・変更・取消)届出書

受給者(保護者)等氏名		フリガナ					
フリガナ							
受給者証番号		児童氏名		受給者(児童)生年月日			
				年 月 日			
複数児童の場合	受給者証番号		児童氏名		生年月日		
					年 月 日		
					年 月 日		
					年 月 日		
利用者負担上限額管理を依頼・変更した事業者(※取消の場合は記入不要)							
上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担の上限額管理事務を行うことを承諾します。							
上限額管理事業所所在地及び連絡先							
上限額管理事業者及びその事業所の名称							
印							
事業所番号							
事業所を変更・取消する場合の事由等		変更・取消年月日		年 月 日			
※事業所を変更・取消する場合は必ず記入してください。							
変更・取消前の事業所への連絡(<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未)							
(あて先)							
浜松市長							
上記のとおり 年 月 日利用分から利用者負担の上限額管理を(依頼・変更・取消)することを届出します。また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業所が上記届出事業所にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。							
年 月 日							
住所							
電話 ()							
氏名							
浜松市 確認欄		上限額管理事務の(開始・変更・取消)年月			年 月 日利用分より		
					入力 証発行 確認		

- この届出書は、利用者負担の上限額管理を依頼する事業者が決まり次第、受給者証を添えて、浜松市へ提出してください。
- 利用者負担の上限額管理を依頼する事業所を変更・取消するときは、変更・取消年月日を記入のうえ浜松市へ提出してください。
- この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。