

島本町障害者等移動支援事業実施要綱

(平成18年10月 1日)

最近改正 平成25年 4月 1日

(目的)

第1条 移動支援事業（以下「事業」という。）は、屋外での移動が困難な障害者等について、外出のための支援を行うことにより、地域における自立生活及び社会参加を促すことを目的とする。

(対象者)

第2条 この事業の対象者は、町内に住所を有する者及び本町が援護の実施者となる者で、外出時に移動の支援が必要な次に掲げる障害者等（18歳未満の児童を含む。）とする。

- (1) 全身性障害者等 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条に規定する身体障害者手帳の交付を受けている者又は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（平成18年政令第10号）第1条に規定する疾病による障害がある者であつて、重度の肢体不自由又は内部障害等により外出時に常時車いすを使用するもの
 - (2) 知的障害者 判定機関により知的障害と判定された者
 - (3) 精神障害者 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第5条に規定する精神障害者（医師により発達障害者支援法（平成16年法律第167号）第2条第2項に規定する発達障害と診断された者を含む。）
 - (4) その他町長が特に必要と認める者
- 2 前項の規定にかかわらず、介護保険法（平成9年法律第123号）又は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（平成17年法律第123号）に基づく他のサービスにより、本事業と同様の支援が受けられる者は、原則として対象者から除く。

(事業内容)

第3条 社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出（通勤、営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出及び社会通念上適当でない外出を除き、原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る。）の際の移動を支援する。

(サービスを提供する者)

第4条 この事業を行う町内の事業者は、島本町に登録した登録地域生活支援事業者とする。

(支給決定の申請等)

第5条 移動支援に要する費用（以下「移動支援給付費等」という。）の支給の申請をしようとする障害者又は障害児の保護者（以下「障害者等」という。）は、地域生活支援事業費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

- 2 町長は、移動支援給付費等の支給を決定したときは、地域生活支援事業費等支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書（様式第2号）により当該障害者等（以下「支給決定障害者等」という。）に通知しなければならない。
- 3 町長は、移動支援給付費等の支給を行わないことを決定したときは、地域生活支

援事業費不支給（却下）決定通知書（様式第3号）により当該申請者に通知しなければならない。

（地域生活支援事業受給者証）

第6条 町長は、移動支援給付費等の支給決定を行ったときは、当該支給決定障害者等に対して、支給量その他の事項を記載した地域生活支援事業受給者証（以下「受給者証」という。）（様式第4号）を交付しなければならない。

（支給決定の変更の申請等）

第7条 移動支援給付費等の支給決定の変更を申請しようとする支給決定障害者等は、地域生活支援事業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（様式第5号）を町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の申請又は職権により支給決定を変更したときは、地域生活支援事業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（様式第6号）により支給決定障害者等に通知しなければならない。

3 町長は、移動支援給付費等の支給決定を変更しないことを決定したときは、地域生活支援事業費等支給決定変更兼利用者負担額減額・免除等変更却下通知書（様式第7号）により当該支給決定障害者等に通知しなければならない。

（支給決定の取消しの通知）

第8条 移動支援給付費等の支給決定の取消しは、地域生活支援事業費等支給決定取消通知書（様式第8号）により行うものとする。

（申請内容の変更の届け出）

第9条 移動支援給付費等の支給決定申請内容の変更の届出は、地域生活支援事業費等支給申請内容変更届出書（様式第9号）により行わなければならない。

（地域生活支援事業受給者証の再交付申請）

第10条 地域生活支援事業受給者証の再交付の申請は、地域生活支援事業受給者証再交付申請書（様式10号）により行わなければならない。

（支給量）

第11条 移動支援の支給量は、30分単位の月当たりの時間数で決定する。

（支給決定の有効期間）

第12条 支給決定の有効期間は、支給決定を行った日から、町長が認める日までとする。

（請求）

第13条 支給決定障害者等が事業者等に支払うべき移動支援に要した費用について、移動支援給付費等として当該支給決定障害者等に支給すべき額の限度において、当該支給決定障害者等に代わり、当該事業者等に支払うことができる。

2 事業者等は、当該移動支援に要した費用について、サービスを提供した月の翌月10日までに地域生活支援事業給付費請求書（様式第11号）により請求するものとする。

3 前項の請求には、地域生活支援事業給付費明細書（様式第12号）及び地域生活支援事業サービス提供実績記録票（移動支援事業）（様式第13号）を添付するものとする。

（支払い）

第14条 町長は、事業者等から前条の移動支援給付費等の請求があったときは、審査の上、支払うものとする。

（その他）

第15条 この要綱に定めるほか事業の実施に関し必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

地域生活支援事業費等支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

島本町長 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			
	住所	〒	電話番号	
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	支給申請に係る 障害児氏名		続柄	
障害者手帳等の 状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（障害名： / 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（総合判定： ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 難病等（対象疾患名： ）			

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害程度 区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する サービス	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護	1 2 3 4 5
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する サービス	サービスの種類		サービスの内容、量等			
	<input type="checkbox"/> 移動支援					
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援					

利用者負担額を決定するため、本人及び世帯員の市町村民税課税台帳及び課税資料を閲覧することに同意します。

氏名 ⑩

申請したサービスの支給決定に係る聞き取り内容について、サービス利用契約を締結した登録業者等から求めがある場合には、サービス提供に必要な範囲で情報提供をすることに同意します。

氏名 ⑩

地域生活支援事業費等支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書			
〒	—		第 号 年 月 日
様			島本町長
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">印</div>			
年 月 日付で申請のありました地域生活支援事業費等支給申請兼利用者負担額減額・免除等申請について、島本町地域生活支援事業実施要綱の規定に基づき次のとおり決定しましたので通知します。			
受給者証番号		支給決定障害者（保護者）氏名	
支給決定年月日		支給決定に係る障害児氏名	
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	

支給決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	移動支援		
	日中一時支援		

(教示)

- 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60日以内に島本町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えは、前記1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箇月以内に島本町を被告として（訴訟において島本町を代表する者は島本町長となります。）、提起することができます。（なお、この通知を受けた日から6箇月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。

ただし、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箇月以内に提起しなければなりません。

問い合わせ先 島本町
住所 島本町桜井二丁目1番1号
電話番号 075-961-5151

地域生活支援事業費等不支給（却下）決定通知書

〒 ー 年 第 号
月 日

様

島本町長

印

年 月 日付けで申請のありました地域生活支援事業費等支給申請兼
利用者負担額減額・免除等申請については、次の理由により不支給（却下）するこ
とに決定しましたので通知します。

1 申請事項

2 不支給（却下）の理由

（教示）

- 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60日以内に島本町長に対して審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えは、前記1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箇月以内に島本町を被告として（訴訟において島本町を代表する者は島本町長となります。）、提起することができます。（なお、この通知を受けた日から6箇月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。

ただし、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箇月以内に提起しなければなりません。

問い合わせ先 島本町
住所 島本町桜井二丁目1番1号
電話番号 075-961-5151

様式第4号(第6条関係)

(一)	(二)	(三)																																																																				
地域生活支援事業受給者証	地域生活支援事業費の支給決定内容	支給量変更の記載欄																																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">受給者証番号</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">支給決定障害者等</td> <td style="width:15%;">居住地</td> <td></td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">障害児</td> <td>氏名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td></td> </tr> <tr> <td>交付年月日</td> <td colspan="2" style="text-align:center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>市町村名称及び印</td> <td colspan="2"> 島本町 大阪府三島郡島本町 桜井二丁目1番1号 電話 (075)961-5151 </td> </tr> </table>	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	障害児	氏名		生年月日		交付年月日	年 月 日		市町村名称及び印	島本町 大阪府三島郡島本町 桜井二丁目1番1号 電話 (075)961-5151		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">サービス種別</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td colspan="2" style="text-align:center;">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td colspan="2" style="text-align:center;">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>サービス種別</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>支給量等</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>支給決定期間</td> <td colspan="2" style="text-align:center;">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	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		備考			<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:10%;">サービスの種類</th> <th style="width:60%;">変更後の支給量</th> <th style="width:30%;">確認印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">変更年月日 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">変更年月日 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align:center;">変更年月日 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align:center;">(予備欄)</td> </tr> </tbody> </table>	サービスの種類	変更後の支給量	確認印		変更年月日 年 月 日			変更年月日 年 月 日			変更年月日 年 月 日		(予備欄)		
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																																																																				
障害児	氏名																																																																					
	生年月日																																																																					
交付年月日	年 月 日																																																																					
市町村名称及び印	島本町 大阪府三島郡島本町 桜井二丁目1番1号 電話 (075)961-5151																																																																					
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																																																																					
備考																																																																						
サービスの種類	変更後の支給量	確認印																																																																				
	変更年月日 年 月 日																																																																					
	変更年月日 年 月 日																																																																					
	変更年月日 年 月 日																																																																					
(予備欄)																																																																						

(四)	(五)	(六)																																																																																																																																								
利用者負担に関する事項	移動支援事業者記入欄	日中一時支援事業者実績記入欄																																																																																																																																								
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">利用者負担割合(原則)</td> <td style="width:15%;">1割</td> <td style="width:15%;">利用者負担上限月額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td colspan="3" style="text-align:center;">年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="4">特記事項欄</td> </tr> <tr> <td colspan="4">備考</td> </tr> </table>	利用者負担割合(原則)	1割	利用者負担上限月額		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで			特記事項欄				備考				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">番号</th> <th style="width:65%;">事業者及びその事業所の名称</th> <th style="width:10%;">事業者確認印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">1</td> <td>契 約 日</td> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>契 約 終 了 日</td> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">2</td> <td>契 約 日</td> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>契 約 終 了 日</td> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">3</td> <td>契 約 日</td> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> </tr> <tr> <td>契 約 終 了 日</td> <td style="text-align:center;">年 月 日</td> </tr> </tbody> </table>	番号	事業者及びその事業所の名称	事業者確認印	1	契 約 日	年 月 日	契 約 終 了 日	年 月 日	2	契 約 日	年 月 日	契 約 終 了 日	年 月 日	3	契 約 日	年 月 日	契 約 終 了 日	年 月 日	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:5%;">番号</th> <th style="width:45%;">事業者及びその事業所の名称</th> <th style="width:15%;">実施日</th> <th style="width:10%;">単 位 数</th> <th style="width:10%;">月 累 計</th> <th style="width:15%;">事業者確認印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>7</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td></td><td style="text-align:center;">年 月 日</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	単 位 数	月 累 計	事業者確認印	1		年 月 日				2		年 月 日				3		年 月 日				4		年 月 日				5		年 月 日				6		年 月 日				7		年 月 日				8		年 月 日				9		年 月 日				10		年 月 日				11		年 月 日				12		年 月 日				13		年 月 日				14		年 月 日				15		年 月 日				16		年 月 日			
利用者負担割合(原則)	1割	利用者負担上限月額																																																																																																																																								
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																																																																																																									
特記事項欄																																																																																																																																										
備考																																																																																																																																										
番号	事業者及びその事業所の名称	事業者確認印																																																																																																																																								
1	契 約 日	年 月 日																																																																																																																																								
	契 約 終 了 日	年 月 日																																																																																																																																								
2	契 約 日	年 月 日																																																																																																																																								
	契 約 終 了 日	年 月 日																																																																																																																																								
3	契 約 日	年 月 日																																																																																																																																								
	契 約 終 了 日	年 月 日																																																																																																																																								
番号	事業者及びその事業所の名称	実施日	単 位 数	月 累 計	事業者確認印																																																																																																																																					
1		年 月 日																																																																																																																																								
2		年 月 日																																																																																																																																								
3		年 月 日																																																																																																																																								
4		年 月 日																																																																																																																																								
5		年 月 日																																																																																																																																								
6		年 月 日																																																																																																																																								
7		年 月 日																																																																																																																																								
8		年 月 日																																																																																																																																								
9		年 月 日																																																																																																																																								
10		年 月 日																																																																																																																																								
11		年 月 日																																																																																																																																								
12		年 月 日																																																																																																																																								
13		年 月 日																																																																																																																																								
14		年 月 日																																																																																																																																								
15		年 月 日																																																																																																																																								
16		年 月 日																																																																																																																																								

<p>(七)</p> <p style="text-align: center;">注意事項欄</p> <p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。</p> <p>2 地域生活支援事業サービス等を受けようとするときは、必ずこの証を島本町地域生活支援事業登録事業所等に提示してください。</p> <p>3 地域生活支援事業サービス等を受けるときに支払う金額は、地域生活支援事業サービス等に要した費用(食費・光熱水費等を除く。)の1割です。ただし、四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。</p> <p>4 負担上限月額については、毎年利用者の収入等に応じて決定します。所定の時期に、案内をしますので、この証と認定に必要な関係書類を島本町に提出してください。</p> <p>5 支給決定期間を経過したときは地域生活支援事業費等の支給を受けられません。支給決定期間が終了する前に連絡をしますので、島本町にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p> <p>6 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、他の種類の地域生活支援事業サービスを受ける必要がある場合も、島本町に支給申請をしてください。</p> <p>7 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、この証を添えて島本町にその旨を届け出てください。</p> <p>8 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した島本町にご連絡、ご相談ください。</p>	<p>(八)</p> <p style="text-align: center;">注意事項欄</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、速やかに島本町に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を島本町に返してください。</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 支給決定の内容欄に記載されていない地域生活支援事業サービスについては、地域生活支援費等の支給は受けられません。</p>	
--	---	--

様式第5号（第7条関係）

地域生活支援事業費等支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書													
島本町長 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 障 害 児 氏 名	フリガナ				生年月日	年 月 日							
					続 柄								
障害者手帳等の状況		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（障害名： / 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（総合判定： ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 難病等（対象疾患名： ）											
サ ー ビ ス 利 用 の 状 況	障 害 福 祉 関 係 サ ー ビ ス	障害程度 区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	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	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護		1	2	3	4	5		
利用中のサービスの種類と内容等													
変更の理由													
変 更 を 申 請 す る サ ー ビ ス	変更するサービスの種類				変 更 す る サ ー ビ ス の 内 容、量 等								
	<input type="checkbox"/> 移動支援												
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援												
利用者負担額を決定するため、本人及び世帯員の市町村民税課税台帳及び課税資料を閲覧することに同意します。													
										氏名	⑩		
申請したサービスの支給決定に係る聞き取り内容について、サービス利用契約を締結した登録業者等から求めがある場合には、サービス提供に必要な範囲で情報提供をすることに同意します。													
										氏名	⑩		

(裏面)

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
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置(利用者負担減免措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(利用者負担減免措置)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。
世帯範囲の特例	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、障害者が同一の世帯に属する者の扶養控除の対象となっていない。 2 医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。

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		

地域生活支援事業費等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

第 号
年 月 日

様 島本町長

印

年 月 日付けで申請のありました地域生活支援事業費等支給変更申請兼利用者負担額減額・免除等変更申請について、島本町地域生活支援事業実施要綱の規定に基づき次のとおり決定しましたので通知します。

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

地域生活支援事業受給者証を島本町に提出してください。ただし、既に地域生活支援事業受給者証を提出されている方は、不要です。

提出先 島本町 住所 島本町桜井二丁目1番1号
電話番号 075-961-5151

提出期限 年 月 日

(教示)

- 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60日以内に島本町長に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えは、前記1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箇月以内に島本町を被告として（訴訟において島本町を代表する者は島本町長となります。）、提起することができます。（なお、この通知を受けた日から6箇月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。

ただし、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箇月以内に提起しなければなりません。

問い合わせ先 島本町
住所 島本町桜井二丁目1番1号
電話番号 075-961-5151

地域生活支援事業費等支給決定変更兼利用者負担額減額・免除等変更

却下決定通知書

〒 ー 第 号
年 月 日

様

島本町長

印

年 月 日付けで申請のありました地域生活支援事業費等支給決定変更申請兼利用者負担額減額・免除等変更申請については、次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。

1 申請事項

2 却下の理由

(教示)

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60日以内に島本町長に対して審査請求をすることができます。

2 処分の取消しの訴えは、前記1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箇月以内に島本町を被告として（訴訟において島本町を代表する者は島本町長となります。）、提起することができます。（なお、この通知を受けた日から6箇月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。

ただし、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箇月以内に提起しなければなりません。

問い合わせ先

島本町

住所

島本町桜井二丁目1番1号

電話番号

075-961-5151

地域生活支援事業費等支給決定取消通知書

〒 ー

第 号
年 月 日

様

島本町長

印

島本町地域生活支援事業実施要綱の規定により、次のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

受給者証番号	支給決定障害者 (保護者)氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る 障害児氏名	
取消理由			

地域生活支援事業受給者証を島本町福祉保健課に返還してください。ただし、既に地域生活支援事業受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先 島本町 住所 島本町桜井二丁目1番1号
電話番号 075-961-5151

返還期限 年 月 日

(教示)

- 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60日以内に島本町長に対して審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えは、前記1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箇月以内に島本町を被告として(訴訟において島本町を代表する者は島本町長となります。)、提起することができます。(なお、この通知を受けた日から6箇月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。)

ただし、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箇月以内に提起しなければなりません。

問い合わせ先 島本町
住所 島本町桜井二丁目1番1号
電話番号 075-961-5151

様式第9号（第9条関係）

地域生活支援事業費等支給申請内容変更届出書

島本町長 様

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 支給決定障害者（保護者）氏名	〒	生年月日	年 月 日
居住地	電話番号		
フリガナ 支給決定に係る障害児氏名	〒	続柄 生年月日	年 月 日

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等（本人） <input type="checkbox"/> 本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ 氏 名	〒	本人との関係	
住 所	電話番号		

変更事項 (該当に○をして下さい。)	支給決定障害者等に関すること	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。

地域生活支援事業受給者証再交付申請書

島本町長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者 証番号	
------------	--

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給決定障害者 (保護者) 氏名			
居 住 地	〒		
	電話番号		
フリガナ		続柄	
支給決定に係る 障害児 氏 名		生年 月日	年 月 日

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 具体的な状況	2 紛失	3 その他
-------	----------------	------	-------

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く。）

様式第11号（第13条関係）

地域生活支援事業給付費請求書

(請求先) 島本町長 様

請求金額	十億			百万			千			円
------	----	--	--	----	--	--	---	--	--	---

内 訳	年		月分		請求給付費名	明細書件数	金額
					合計		

上記のとおり請求します。

年 月 日

事業所番号											
請求事業者	住所 (所在地)	〒									
	電話番号										
	名称										
	職・氏名										

様式第12号（第13条関係）

地域生活支援事業給付費明細書
 （移動支援事業、日中一時支援事業）

		年		月分
--	--	---	--	----

受給者証番号	事業所番号
支給決定障害者等氏名		事業者及びその事業所の名称	
支給決定に係る障害児氏名			

費用の額計算欄	サービス内容	算定単位数	算定回数	当月算定額	摘要	
	当月費用の額合計				①	

利用者負担額等計算欄	利用者負担額等の内訳		当月算定額	摘要
	利用者負担額			
	当月利用者負担額等合計		②	

当月給付費請求額 ①-②	円
--------------	---

	枚中		枚
--	----	--	---

