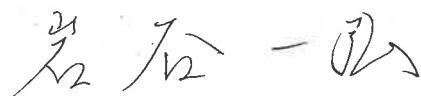


春日部市規則第 62 号

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を改正する規則をここに公布する。

令和 8 年 10 月 6 日

春日部市長

A handwritten signature in black ink, appearing to read '岩谷 一弘' (Iwaya Kazuhiko), written in a cursive style.

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を改正する規則

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18年規則第78号）の一部を次のように改正する。

(1) 次の表中、改正前の欄の下線が引かれた字句をそれに対応する改正後の欄の下線が引かれた字句に改める。

改正後	改正前
（自立支援医療費の支給認定の申請等） 第26条 法第52条第1項の規定による自立支援医療費（令第1条の2第1号に規定する育成医療及び同条第2号に規定する更生医療に限る。以下同じ。）の支給認定を受けようとする者（以下この条及び次条において「申請者」という。）は、自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（様式第32号）に、法第54条第2項に規定する指定自立支援医療機関（育成医療及び更生医療を担当する医療機関に限る。）において育成医療及び更生医療を主として担当する医師の作成する意見書、申請者の氏名及び申請者と同じ医療保険に加入する者の氏名が記載された<u>被保険者、組合員、加入者又は被扶養者であることを証する書類</u>の写し並びに腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合は、<u>特定疾病療養受療証又は特定疾病区分が記載された資格確認書等</u>の写しを添付して福祉事務所に申請するものとする。<u>ただし、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略することができる。</u> （支給認定の変更申請） 第28条 受給者は、法第56条第1項の規定により施行規則第44条で定める事項の支給認定の変更を必要とするときは、自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）に変更の必要が生じた事項を証する書類（指定自立支援医療機関の変更の場合を除く。）を添付して福祉事務所に申請するものとする。この場合において、負担上限月額の変更を必要とするときは、自立支援医療を実際に受ける者（以下「受診者」という。）の氏名及び受診者と同じ医療保険に加入する者の氏名が記載された<u>被保険者、</u>	（自立支援医療費の支給認定の申請等） 第26条 法第52条第1項の規定による自立支援医療費（令第1条の2第1号に規定する育成医療及び同条第2号に規定する更生医療に限る。以下同じ。）の支給認定を受けようとする者（以下この条及び次条において「申請者」という。）は、自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（様式第32号）に、法第54条第2項に規定する指定自立支援医療機関（育成医療及び更生医療を担当する医療機関に限る。）において育成医療及び更生医療を主として担当する医師の作成する意見書、申請者の氏名及び申請者と同じ医療保険に加入する者の氏名が記載された<u>被保険者証等</u>の写し並びに腎臓機能障害に対する人工透析療法の場合は、<u>特定疾病療養受給者証</u>の写しを添付して福祉事務所に申請するものとする。 （支給認定の変更申請） 第28条 受給者は、法第56条第1項の規定により施行規則第44条で定める事項の支給認定の変更を必要とするときは、自立支援医療費（育成・更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）に変更の必要が生じた事項を証する書類（指定自立支援医療機関の変更の場合を除く。）を添付して福祉事務所に申請するものとする。この場合において、負担上限月額の変更を必要とするときは、自立支援医療を実際に受ける者（以下「受診者」という。）の氏名及び受診者と同じ医療保険に加入する者の氏名が記載された<u>被保険者証</u>

組合員、加入者又は被扶養者であることを証する書類の写しを添付するものとする。ただし、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類の添付を省略することができる。

の写しを添付するものとする。

(2) 様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第3条関係）
（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

春日部市長 あて
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	〒		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	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。）									

サービスの 利用状況	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
	訪問系・その他	介護給付費	訓練等給付費	
		☐ 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		
	日中活動系	☐ 短 期 入 所		
		☐ 療 養 介 護	☐ 自 立 訓 練（機能訓練）	
		☐ 生 活 介 護	☐ 自 立 訓 練（生活訓練）	
			☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練	
		☐ 就 労 移 行 支 援		
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就 労 移 行 支 援（養成施設）		
		☐ 就 労 移 行 支 援（就労移行支援）		
		☐ 就 労 移 行 支 援（就労移行支援）		
地域相談 支援	☐ 地 域 移 行 支 援	☐ 就 労 継 続 支 援 A 型		
	☐ 地 域 定 着 支 援	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型		

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は必要があるときは、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、春日部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及び決定に当たり必要となる申請者（児童）の身体状況、世帯構成、収入状況、所属する世帯の収入状況等について、関係部署に照会し確認することに同意します。

申請者氏名
申請者の配偶者氏名

(個人番号)

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	医療機関名	

(※) 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	☐ I 負担上限月額に関する認定 以下の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○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の当てはまる方にも○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82万6千5百円以下のもの ② ①以外の者 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者：所得割28万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 以下のいずれにも当てはまるため、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）
	☐ 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） 以下のいずれにも当てはまるため、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）
	☐ 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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
☐ 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（ ☐ 自己負担減免措置 ☐ 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	☐ 申請者本人 ☐ 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		

(3) 様式第 6 号を次のように改める。

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										
氏名				生年月日		年 月 日					
負担上限月額		療養介護医療費(食事療養費(生活療養費)を除く)		月額		円					
		食事療養費(生活療養費)		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	春日市市長 印										

注意事項欄

- この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
- 療養介護を受けて、指定療養介護事業所に提示してください。
- 療養介護医療の負担上限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。(※医療型個別療養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。)
- 療養介護医療の負担上限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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 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。
- 受給者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 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場合があります。

(4) 様式第 8 号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）
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

春日部市長 あて

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	〒														
				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	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。）																

サービスの 利用状況	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						

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	
申請 する サ ー ビ ス	訪問系・その他	☐ 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	☐ 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は必要があるときは、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、春日部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
申請者の配偶者氏名

(個人番号)

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	☐ I 負担上限月額に関する認定 以下の区分の適用を申請します。 （当てはまるものに○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の当てはまる方にも○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82万6千5百円以下のもの ② ①以外のもの 3. 市町村民税課税世帯（障害者：所得割16万円未満、障害児及び20歳未満の施設入所者：所得割28万円未満）に属する者	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 以下のいずれにも当てはまるため、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）
	☐ 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） 以下のいずれにも当てはまるため、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）
	☐ 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当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
☐ 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（ ☐ 自己負担減免措置 ☐ 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	☐ 申請者本人 ☐ 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		

(5) 様式第 3 2 号その 2 を次のように改める。

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														
	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								
		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															
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。 また、決定にあたり、必要となる受診者の身体状況、世帯構成、収入状況及び所属する世帯員の収入状況等について、関係部署等に照会し確認することに同意します。 申請者氏名 年 月 日 春日部市福祉事務所長 あて															

- ※ 「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こと
- ※ 「受給者番号」は再認定または変更の方のみ記入すること
- ※ 「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

ここから下の欄には記入しないでください。

自治体記入欄		進達年月日		認定年月日	
申請受付年月日					
前回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続		該当・非該当	
今回所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上	重度かつ継続		該当・非該当	
所得確認方法	個人番号 市町村民税課税証明書 市町村民税非課税証明書 標準負担額減額認定証				
前回の受給者番号	生活保護受給世帯の証明書 その他収入等を証明する書類（	）			
	今回の受給者番号				
備 考					

(6) 様式第 3 4 号その 1 及び様式第 3 4 号その 2 を次のように改める。

様式第 3 4 号その 1 (第 2 7 条関係)

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	有 ・ 無							
保護者 (受診者が 1 8 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		該当 ・ 非該当				自己負担上限額		月額 円	
有 効 期 間		年 月 日 から 年 月 日まで							
上記のとおり認定する。 年 月 日 春日部市福祉事務所長 印									

様式第 3 4 号その 1 (第 2 7 条関係)

自立支援医療受給者証 (育成医療) (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	

様式第34号その2（第27条関係）

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 春日部市福祉事務所長 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
 確認書を医療機関窓口提出すること。

様式第34号その2（第27条関係）

自立支援医療受給者証（更生医療）（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	

(7) 様式第 39 号その 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（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													
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)												
	加入医療保険に関する事項 (記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者)												
	身体障害者手帳番号												
備 考													
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。													
届出者氏名													
年 月 日													
春日部市福祉事務所長 あて													

※ 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。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。