

熊本市訪問入浴事業実施要綱

| | | | | |
|----|-------|-------|----|-------------|
| 制定 | 平成10年 | 4月 | 1日 | 健康福祉局長決裁 |
| 改正 | 平成12年 | 4月 | 1日 | 健康福祉局長決裁 |
| | 平成17年 | 4月 | 1日 | 健康福祉局長決裁 |
| | 平成18年 | 10月 | 1日 | 健康福祉局長決裁 |
| | 平成19年 | 4月 | 1日 | 健康福祉局長決裁 |
| | 平成21年 | 4月 | 1日 | 健康福祉局長決裁 |
| | 平成22年 | 9月 | 1日 | 健康福祉局長決裁 |
| | 平成22年 | 9月27日 | | 障がい保健福祉課長決裁 |
| | 平成24年 | 3月29日 | | 市長決裁 |
| | 平成25年 | 3月26日 | | 障がい保健福祉課長決裁 |
| | 平成25年 | 8月28日 | | 障がい保健福祉課長決裁 |
| | 平成26年 | 3月31日 | | 健康福祉子ども局長決裁 |
| | 平成28年 | 3月30日 | | 健康福祉子ども局長決裁 |

(目的)

第1条 この要綱は、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。以下「法」という。）第77条の規定により行う地域生活支援事業として、歩行が困難な在宅の障害者及び障害児であって、移送に耐えられない等の事情により通所が困難な者に、その健康及び衛生の保持を図るため入浴の機会を提供する訪問入浴を行う事業（以下「訪問入浴事業」という。）について必要な事項を定め、もって福祉の向上に資することを目的とする。

(内容)

第2条 訪問入浴事業の内容は、移動入浴車を派遣し、入浴及びこれに伴う介護を行う事業とする。

(対象者)

第3条 訪問入浴を受けることができる障害者（法第4条第1項に規定する障害者をいう。以下同じ。）又は障害児（同条第2項に規定する障害児をいう。以下同じ。）は、本市に居住し、重度の肢体不自由者であって、医療を要する又はそれに相当する状態にあることを理由として訪問入浴以外の方法による入浴が困難であり、次の各号の区分に応じ、当該各号に掲げるものとする。

- (1) 障害者 調査時障害支援区分（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。以下「法施行令」という。）第10条第2項（法施行令第13条において準用する場合を含む。）に規定する市町村審査会（法第15条に規定する市町村審査会をいう。）が審査及び判定を行う前の合計点数等（障害支援区分に係る市町村審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成26年厚生労働省令第5号。以下「区分省令」という。）第1条に規定する合計点数等をいう。）により該当する区分省令第1条各号に掲げる区分をいう。以下同じ。）又は障害支援区分（法第4条第4項に規定する障害支援区分をいう。以下同じ。）が6の者
- (2) 障害児 障害児支援区分（平成18年厚生労働省告示第572号に規定する障害児支援区分をいう。以下同じ。）が3の者

(給付費)

第4条 市長は、第6条第1項の規定により支給の決定を受けた者（以下「支給決定障害者等」という。）が第7条に規定する支給決定の有効期間内において、第14条の規定により登録した訪問入浴の事業を行う者（以下「事業者」という。）から訪問入浴（第17条に規定する支給量の範囲内のものに限る。）を受けたときは、当該支給決定障害者等に対し、給付費を支給する。

2 給付費の額は、次の各号に掲げる区分に応じ、それぞれ当該各号に定める割合を熊本市地域生活支援事業に要する費用の額の算定基準に関する要綱（平成18年10月1日制定）別表に規定する訪問入浴に要した費用に乗じて得た額とする。

- (1) 第6条に規定する支給の決定において、支給決定障害者等又は当該支給決定障害者等と同一の世帯に属する者（障害者にあつては、配偶者に限る。）に当該年度分（4月1日から6月30日までにおける決定にあつては、前年度分）の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。）が課されている場合 要

した費用の100分の90

(2) 第6条に規定する支給の決定において、支給決定障害者等又は当該支給決定障害者等と同一の世帯に属する者（障害者にあつては、配偶者に限る。）に当該年度分（4月1日から6月30日までにおける決定にあつては、前年度分）の地方税法の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。）が課されていない場合 要した費用の100分の95

(3) 第6条に規定する支給の決定において、支給決定障害者等又は当該支給決定障害者等と同一の世帯に属する者（障害者にあつては配偶者に限る。）が、生活保護法（昭和25年法律第144号）による非保護世帯（単給世帯を含む。）及び中国残留邦人等の円滑な帰国の推進及び永住帰国後の自立支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯の場合 要した費用の100分の100

3 前項の規定により算出した給付費の額に10円未満の端数がある場合は、これを切り上げるものとする。

4 市長は、支給決定障害者等が、事業者から訪問入浴を受けたときは、当該支給決定障害者等が当該事業者に支払うべき訪問入浴に要した費用について、給付費として当該支給決定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、当該事業者を支払うこととする。

5 前項の規定による支払があつたときは、支給決定障害者等に対し給付費の支給があつたものとみなす。

6 市長は、第18条の規定により、当該事業者から給付費の請求があつたときは、請求内容を審査し支払うものとする。

（支給申請）

第5条 訪問入浴を受けようとする障害者又は障害児の保護者は、地域生活支援事業支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書（様式第1号）により市長に申請を行うものとする。

2 市長は、前項の申請があつたときは、第3条第1号に規定する調査時障害支援区分若しくは障害支援区分又は同条第2号に規定する障害児支援区分の認定及び次条第1項に規定する支給要否決定を行うため、当該申請に係る障害者及び障害児又は障害児の保護者に面接を行い、その心身の状況、その置かれている環境等について調査を行うものとする。

（支給決定）

第6条 市長は、前条の規定により申請があつたときは、速やかに内容を検討し支給の要否を決定（以下「支給決定」という。）するものとする。

2 市長は、前項の規定により支給が決定したときは、申請者に対してその旨を地域生活支援事業支給決定通知書（様式第2号）又は地域生活支援事業却下決定通知書（様式第2-2号）により通知するものとする。

（支給決定の有効期間）

第7条 支給決定の有効期間は、支給決定を行った日から当該日が属する月の末日までの期間と1月間から12月間までの範囲内で月を単位として市長が定める期間を合算して得た期間とする。

2 支給決定を行った日が月の初日である場合にあつては、前項の規定にかかわらず、1月間から12月間までの範囲内で月を単位として市長が定める期間とする。

（支給及び申請内容の変更申請）

第8条 支給決定障害者等は、第4条第1項に規定する割合を変更する必要があるとき、及び第5条第1項の規定による申請を行った際の氏名、住所等に変更があるときは、市長に対し、当該支給決定の変更の申請をすることができる。

2 支給決定障害者等が、第4条第1項に規定する割合を変更する場合は、速やかに地域生活支援事業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1-2号）により市長に申請を行うものとする。

3 支給決定障害者等が、第5条第1項の規定による申請を行った際の氏名、住所等に変更がある場合は、速やかに地域生活支援事業申請内容変更届出書（様式第3号）により市長に届出を行うものとする。

（支給決定の取消し）

第9条 市長は、支給決定障害者等が次に掲げる場合には、当該支給決定を取り消すことができる。

(1) 支給決定に係る障害者等が、第2条に規定する熊本市訪問入浴事業を受ける必要がなくなったと認めるとき。

(2) 支給決定障害者等が、支給決定の有効期間内に、本市以外の市町村の区域内に居住地を有するに至つたと認めるとき。

(3) 支給決定に係る障害者及び障害児又は障害児の保護者が、正当な理由なしに第5条第2項の規定による調査に応じないとき。

(4) その他市長が支給を不相当と認めるとき。

2 市長は、前項の規定により支給の決定を取り消したときは、支給決定障害者等に地域生活支援事業取消通知書（様式第4号）により通知するものとする。

（支給の辞退）

第10条 支給決定障害者等は、訪問入浴の支給を辞退するときは、市長に地域生活支援事業辞退届出書（様式第5号）により申請を行うものとする。

2 市長は、前項の規定により支給辞退の申請を受理したときは、支給決定障害者等に地域生活支援事業取消通知書（様式第4号）により通知するものとする。

（支給決定通知書の再交付申請）

第11条 支給決定障害者等が、第6条第2項に規定する地域生活支援事業支給決定通知書を紛失したこと等により再交付の申請を行うときは、（様式第1-3号）により行うものとする。

（調査時障害支援区分等の有効期間）

第12条 第3条第1号に規定する調査時障害支援区分及び同条第2号に規定する障害児支援区分の有効期間は、支給決定を行った日から当該日が属する月の末日までの期間と1月間から36月間までの範囲内で月を単位として市長が定める期間を合算して得た期間とする。

2 支給決定を行った日が月の初日である場合にあっては、前項の規定にかかわらず、1月間から36月間までの範囲内で月を単位として市長が定める期間とする。

（サービスの利用）

第12条の2 訪問入浴を受けようとする支給決定障害者等は、事業者第6条第2項の規定により通知した地域生活支援事業支給決定通知書を提示して、当該訪問入浴を受けるものとする。

（事業者の登録）

第13条 市長は、この事業を行うことが適当と認める民間事業者等を登録することができる。

2 前項の規定により登録することができる民間事業者等は、熊本市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年条例第85号）に規定する指定訪問入浴介護に係る基準を満たすものとする。

3 前項の規定によるもののほか、第1項の規定による登録の要件その他登録に関し必要な事項は、別に定める。

（サービスの提供）

第14条 前条の規定により登録を受けた民間事業者等（以下「登録事業者」という。）は、支給決定障害者等とサービス提供について契約を行った場合は、訪問入浴計画を立て、計画に基づいてサービスを提供するものとする。

（入浴日時の連絡等）

第15条 登録事業者は、支給決定障害者等とサービス利用について契約を行った場合は、訪問入浴サービスの実施計画を立て、入浴日時を支給決定障害者等に連絡するものとする。

（支給決定障害者等の遵守事項）

第16条 支給決定障害者等は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 疾病等の事由により入浴に不安がある場合は、あらかじめ医師により入浴について可否の診断を得ておくこと。
- (2) 入浴日に入浴できないときは、その前日までに登録事業者申し出ること。
- (3) 入浴に際して家族等がいる場合については、常に付き添うように努めること。
- (4) その他係員の指示に従うこと。

（支給量）

第17条 市長は、支給決定を行う場合には、週を単位として第7条で定める期間において給付費を支給する訪問入浴の量（以下「支給量」という。）を定めるものとする。

2 支給量は、第5条第1項の規定により申請を行った者ごとに、当該申請者の希望その他必要な事項を勘案し、次の各号に掲げるいずれかの支給量で決定する。

- (1) 週に1回
- (2) 6月1日から10月31日までの期間は週に2回（当該期間以外の期間は週に1回）
- (3) 週に2回

（給付費の請求）

第18条 事業者は、毎月10日までに前月分の地域生活支援事業給付費（訪問入浴）請求書（様式第6-1号）、地域生活支援事業明細書（様式第6-2号）及び訪問入浴提供実績記録票（様式第6-3号）を市長へ提出す

るものとする。

(利用者負担額の受領)

第19条 事業者は、訪問入浴を提供した際は、支給決定障害者等から、当該訪問入浴に要した費用から第4条の規定により得た額を控除して得た額の支払を受けるものとする。

(帳簿の整理等)

第20条 市長は、訪問入浴に係る必要な帳簿を整理しなければならない。

(雑則)

第21条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成10年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

(経過措置)

2 利用者負担額の適用時期の起点は、第19条の規定にかかわらず、当面の間行わないものとする。

3 平成18年9月30日において、一年を通して週2回サービスを利用している支給決定障害者等の訪問入浴の提供回数は、改正後の第17条の規定にかかわらず、経過的な措置として当面の間は現状の回数とする。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年9月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

(適用日)

2 改正後の第17条の支給量は、施行の日以後に第6条の支給決定を行ったものについて適用し、同日前に行った同条の支給決定に係る第17条の支給量については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年8月28日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28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)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

熊本市長 (宛)
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

| | | | | | |
|-----|---------------|--------|---------------|-------|-------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 明治 大正 | 年 月 日 |
| | 氏 名 | 印 | | 昭和 平成 | |
| | 居住地 | 〒 電話番号 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 |
| | 支給申請に係る障がい児氏名 | | 続 柄 | | |
| | 身体障害者手帳番号 | | 療育手帳番号 | | |
| | 難病患者に係る疾患名 | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | |

| | | | | | | |
|-----------|------------|-----------------|------|------------------------|------|--|
| 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・無 | 区分等 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 | 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 | | | | |

| | | | |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|------------|
| 申請するサービスの種類等 | | サービスの種類 | 申請に係る具体的内容 |
| | 訪問系・その他 | <input type="checkbox"/> 移動支援 | |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 | |
| 日中活動系 | <input type="checkbox"/> 日中一時支援A型 | | |
| 利用契約予定事業者名 ※利用契約予定事業者が決まっている場合のみ記入して下さい | | | |

| | | | | |
|-----|---------|---|-------|--|
| 主治医 | 氏名 | | 医療機関名 | |
| | 医療機関所在地 | 〒 | 電話番号 | |

※障がい者に限る。（障がい児は不要です。）

| | |
|-----------|---|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> I 利用料に関する認定 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（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）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） | | |
| フリガナ | | 申請者との関係 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |

同意の欄

上記利用者負担軽減対象確認申請の審査判定をする際、世帯全員の市県民税課税状況について税務関係当局に報告を求めること、及び私と配偶者の収入、資産の状況（以下「収入の状況等」という。）を確認するために必要があるときは、熊本市が有する私と配偶者の収入の状況等に関する情報を利用することに同意します。

氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____
 氏名 _____ 氏名 _____

（※世帯全員分の氏名を記入して下さい。）

（注）

- 1 調査で得られた情報は、地域生活支援事業の減免対象の判定以外には使用しません。
- 2 収入の状況等に関する情報は、その内容を確認できるものの提出がなかった場合に限り利用されます。

(地域生活支援事業)

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

熊本市長 (宛)
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

| | | | | | |
|-----|---------------|--------|---------------|-------|-------|
| 申請者 | フリガナ | | 生年月日 | 明治 大正 | 年 月 日 |
| | 氏名 | 印 | | 昭和 平成 | |
| | 居住地 | 〒 電話番号 | | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 昭和・平成 | 年 月 日 |
| | 支給申請に係る障がい児氏名 | | 続柄 | | |
| | 身体障害者手帳番号 | | 療育手帳番号 | | |
| | 難病患者に係る疾患名 | | 精神障害者保健福祉手帳番号 | | |

| | | | | | | | |
|-----------|------------|-----------------|-----|------|------------------------|------|--|
| 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・無 | 区分等 | 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 | | 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 | |
|-------|--|

| | | | |
|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------|------------|
| 変更を希望するサービスの種類等 | | サービスの種類 | 申請に係る具体的内容 |
| | 訪問系・その他 | <input type="checkbox"/> 移動支援 | |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問入浴 | |
| 日中活動系 | <input type="checkbox"/> 日中一時支援A型 | | |

| | |
|--|--|
| 利用契約予定事業者名 ※利用契約予定事業者が決まっている場合のみ記入して下さい | |
|--|--|

| | | | | |
|-----|---------|---|-------|--|
| 主治医 | 氏名 | | 医療機関名 | |
| | 医療機関所在地 | 〒 | 電話番号 | |

※障がい者に限る。（障がい児は不要です。）

| | |
|-----------|---|
| 申請する減免の種類 | <input type="checkbox"/> I 利用料に関する認定 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（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）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） | | |
| フリガナ 氏名 | | 申請者 との関係 | |
| 住所 | 〒 | 電話番号 | |

同意の欄

上記利用者負担軽減対象確認申請の審査判定をする際、世帯全員の市県民税課税状況について税務関係当局に報告を求め、及び私と配偶者の収入、資産の状況（以下「収入の状況等」という。）を確認するために必要があるときは、熊本市が有する私と配偶者の収入の状況等に関する情報を利用することに同意します。

氏名 _____ 氏名 _____ 氏名 _____
 氏名 _____ 氏名 _____ (_____)

※世帯全員分の氏名を記入して下さい。）

(注)

- 1 調査で得られた情報は、地域生活支援事業の減免対象の判定以外には使用しません。
- 2 収入の状況等に関する情報は、その内容を確認できるものの提出がなかった場合に限り利用されます。

様式第1-3号(第11条関係)

地域生活支援事業利用決定通知書
再交付申請書

熊本市長 (宛)

申請年月日 平成 年 月 日

次のとおり地域生活支援事業利用決定通知書の再交付を申請します。

| | | | |
|-------------------|--------|-------|-------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 支給決定 障がい者氏名 | | 受給者番号 | |
| 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 障がい児氏名 | | 続柄 | |
| 申請の理由 | | | |

- 注 1 利用決定通知書を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの利用決定通知書を添付してください。
- 2 再交付を受けた後、失った利用決定通知書を発見したときは、速やかに市に返還してください。

| | | | |
|--------|---|-------------|--|
| 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 | | |

文 書 番 号
年 月 日

平成 年

| |
|-------------------------|
| 〒 熊本市 〇〇 〇〇 様 |
|-------------------------|

熊本市長



地域生活支援事業支給決定通知書

地域生活支援事業について、下記のとおり決定しますので通知します。

記

| | | | |
|---------|--|-----------------|--|
| 受給者証番号 | | 支給決定障がい者(保護者)氏名 | |
| 支給決定年月日 | | 支給決定に係る障がい児氏名 | |
| 有効期間 | | | |

| サービスの種類 | 支援の内容 |
|---------|-------|
| 移動支援 | |
| 日中一時支援 | |
| 訪問入浴 | |
| 特記事項 | |

教 示

- この処分に不服がある場合は、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、熊本市長に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、この限りではありません。
- この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、熊本市を被告として(訴訟において熊本市を代表するものは熊本市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。(なお、処分の日の翌日から起算して1年を経過した場合は、この限りではありません。)ただし、審査請求をした場合には、当該審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に処分の取消の訴えを提起することができます(なお、当該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、この限りではありません。)

問い合わせ先

文 書 番 号
日

平成 年

〒
熊本市

〇〇 〇〇 様

熊本市長

印

地域生活支援事業却下決定通知書

平成 年 月 日に申請のありました地域生活支援事業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

教 示

- この処分不服がある場合は、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、熊本市長に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、この限りではありません。
- この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、熊本市を被告として（訴訟において熊本市を代表するものは熊本市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。（なお、処分の日の翌日から起算して1年を経過した場合は、この限りではありません。）ただし、審査請求をした場合には、当該審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に処分の取消の訴えを提起することができます（なお、当該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、この限りではありません。）。

問い合わせ先

様式第3号（第8条関係）

地域生活支援事業申請内容変更届出書

熊本市長（宛）

届出年月日 平成 年 月 日

次のとおり届け出ます。

| | | | | | | |
|-------------------|---|-------------------|-------|--|--|------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| 支給決定 障がい者氏名 | | 受給者番号 | | | | |
| 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 障がい児氏名 | | 続柄 | | | | |
| 身体障害者手帳 番号 | | 療育手帳番号 | | | | |
| 難病患者に係る 疾患名 | | 精神障害者保健福祉 手帳番号 | | | | |

| | | 変更前 | 変更後 |
|------------|--------|------|-----|
| 変更事項 | 氏名・住所等 | フリガナ | |
| | | 氏名 | |
| | | 生年月日 | |
| | | 居住地 | |
| | | 連絡先 | |
| | 続柄 | | |
| 所得区分に関する事項 | | | |

この届出書には、次の書類を添付してください。

- 1 上記の事実関係を確認できる書類（公簿等により確認することができるときは、省略することができます。）
- 2 地域生活支援事業支給決定通知書

| | | | |
|--------|---|-----|----|
| 届出書提出者 | <input type="checkbox"/> 届出者本人 <input type="checkbox"/> 届出者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ | | 届出者 | と |
| 氏名 | | の | 関係 |
| 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |

文 書 番 号
日

平成 年

| |
|-----------------------------|
| 〒 熊本市 ○○町 ○○ ○○ 様 |
|-----------------------------|

熊本市長



地域生活支援事業 取消通知書

下記のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

記

| | | | |
|-------------|--|----------------------|--|
| 受給者証 番 号 | | 支給決定障がい者 (保護者) 氏名 | |
| 支給決定取消日 | | 支給決定に係る 障がい児氏名 | |
| 取 消 理 由 | | | |

決定通知書を担当区役所福祉課に返還してください。ただし、既に決定通知書を提出されている方は、不要です。

返還期限 平成 年 月 日

教 示

- この処分不服がある場合は、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、熊本市長に対して審査請求をすることができます。ただし、処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、この限りではありません。
- この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、熊本市を被告として（訴訟において熊本市を代表するものは熊本市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。（なお、処分の日の翌日から起算して1年を経過した場合は、この限りではありません。）ただし、審査請求をした場合には、当該審査請求の裁決があったことを知った日の翌日から起算して6ヶ月以内に処分の取消の訴えを提起することができます（なお、当該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、この限りではありません。）。

問い合わせ先

地域生活支援事業辞退届出書

熊本市長（宛）

届出年月日 平成 年 月 日

次のとおり届け出ます。

| | | | | | | |
|-------------------|------|-------------------|-------|--|--|--|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | | |
| 支給決定 障がい者氏名 | | 受給者番号 | | | | |
| 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 障がい児氏名 | | 続柄 | | | | |
| 身体障害者手帳 番号 | | 療育手帳番号 | | | | |
| 難病患者に係る 疾患名 | | 精神障害者保健福祉 手帳番号 | | | | |

| | |
|------------------|--|
| 辞 退 理 由 | |
|------------------|--|

| | | | |
|-------------|---|-------------|--|
| 届出書提出者 | <input type="checkbox"/> 届出者本人 <input type="checkbox"/> 届出者本人以外（下の欄に記入） | | |
| フリガナ 氏 名 | | 届出者との 関係 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |

地域生活支援事業給付費
(移動支援、日中一時支援(A型)、訪問入浴)
請求書

熊本市長 (宛)

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

| | | | | | | | | | | | |
|--------|--------|--|--|---|--|--|----|-------|-----|--|--|
| 内 訳 | 平成 | | | 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。

平成 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 | | | | | | | | | |
| 振込先 | 金融機関名 | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | | |
| | 口座名義 | | | | | | | | | |



地域生活支援事業給付費明細書
(移動支援、日中一時支援(A型)、訪問入浴)

| | | | | |
|----|--|---|--|----|
| 平成 | | 年 | | 月分 |
|----|--|---|--|----|

| | |
|-----------------|--|
| 受給者番号 | |
| 支給決定障がい者等 氏名 | |
| 支給決定に係る障がい児氏名 | |

| | |
|---------------|--|
| 事業所番号 | |
| 事業者及びその事業所の名称 | |

| 費用の額計算欄 | サービス内容 | 算定単価 | 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 | |

当月介護給付費請求額 ①-② 円

枚中 枚

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|--|--|--------------|--|--|------------------------------|-----------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 受給者 番号 | | | | | | 支給決定障がい者氏名 (児童氏名) | | 事業所番号 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所得段階 | | | 利用者負担割合 | | | | 事業者及び その事業所の 名称 | | | | | | | | | | | | |
| 一般・低所得・生活保護 | | | 10%相当・5%相当・0 | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 開始日 | | 利用時間 | | 算定内容 (入浴・清拭) | 利用者負担額 | サービス 提供者印 | 利用者 確認印 |
|-----|----|------|------|-----------------|--------|--------------|------------|
| 日付 | 曜日 | 開始時間 | 終了時間 | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| | | : | : | | | | |
| 合 計 | | | | | | | |