

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の一部改正に伴う関係規則の整理に関する規則をここに公布する。

令和7年10月1日

長浜市長 浅見 宣義

長浜市規則第70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の一部改正に伴う関係規則の整理に関する規則

(長浜市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改正)

第1条 長浜市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24年長浜市規則第35号) の一部を次のように改正する。

第19条第2項中「第5条第22項」を「第5条第24項」に改める。

第23条中「第5条第21項」を「第5条第24項」に改める。

様式第1号を次のように改める。

様式第1号（第3条、第11条、第19条、第20条、第22条、第26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 計画相談支援給付費 児童通所給付費 児童相談支援給付費 地域生活支援事業費（移動支援事業費 日中一時支援事業費 訪問入浴事業））

支給等（変更）申請書兼利用者負担額減額・免除等（変更）申請書

長浜市福祉事務所長 あて

次のとおり申請します。

また、支給等の決定、利用者負担額減免・免除等の（変更）決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日	
	氏名	個人番号：				
	居住地	〒 一		電話番号 ( )		
フリガナ			生年月日	年 月 日		
支給申請に係る児童氏名	個人番号：					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		
加入医療保険の記号及び番号（※）				保険者名及び番号（※）		
障害基礎年金1級の受給の有無（就労継続支援（B型）のサービスを申請する者に限る。）					有・無	

※「加入医療保険の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護又は医療型児童発達支援を申請する場合記入すること。

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 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				
（変更）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				
変更の場合その理由						

（変更）申請するサービス	区分	サービスの種類			申請に係る具体的な内容	
	訪問系等	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型） <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等児童デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） <input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 児童相談支援		
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	<input type="checkbox"/> 移動支援			
		<input type="checkbox"/> 同行援護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴			
		<input type="checkbox"/> 行動援護				
日中活動系等	<input type="checkbox"/> 短期入所	<input type="checkbox"/> 就労定着支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型） <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等児童デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） <input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 児童相談支援			
	<input type="checkbox"/> 療養介護					
	<input type="checkbox"/> 生活介護					
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）					
	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）					
	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立支援					
	<input type="checkbox"/> 自立生活援助					
居住系	<input type="checkbox"/> 就労移行支援		<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型） <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等児童デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） <input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 児童相談支援			
	<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）					
相談支援	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		<input type="checkbox"/> 就労定着支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型） <input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型） <input type="checkbox"/> 就労選択支援 <input type="checkbox"/> 児童発達支援 <input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援 <input type="checkbox"/> 放課後等児童デイサービス <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援 <input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助（グループホーム） <input type="checkbox"/> 計画相談支援 <input type="checkbox"/> 児童相談支援			
	<input type="checkbox"/> 地域移行支援					
	<input type="checkbox"/> 地域定着支援					

計画相談支援・児童相談支援を依頼した（する）指定特定相談支援事業所・指定児童相談支援事業所の（変更の）届出			
フリガナ		住所	〒
事業所名（変更の場合は、変更後で記入）			
変更の理由			

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	<p><input type="checkbox"/> I. 負担上限月額又は利用者負担額に関する認定 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。)</p> <p>1. 生活保護受給世帯</p> <p>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のあてはまる方にも○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 80万9千円以下のもの ② ①以外のもの</p> <p>3. 市町村民税非課税世帯（障害者：所得割16万円未満、児童：所得割28万円未満）に属する者</p>			
	<p><input type="checkbox"/> II. 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、医療型個別減免を申請します。</p>			
	<p>〈20歳以上の方〉 1. 療養介護利用者であること(年齢 年歳) 2. 市町村民税非課税世帯の者</p>		<p>〈20歳未満の方〉 1. 療養介護利用者であること(年齢 年歳)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> 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） 下記のいずれにもあてはまるため、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）</p>			
	<p>〈20歳以上の方〉 1. 施設入所者であること(年齢 年歳) 2. 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</p>		<p>〈20歳未満の方〉 1. 施設入所者であること(年齢 年歳)</p>	
	<p><input type="checkbox"/> IV. グループホーム等入居者（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（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あてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。 (注) 対象事業所は、共同生活援助（グループホーム）</p>			
	<p><input type="checkbox"/> 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。</p>			
<p><input type="checkbox"/> VI. 多子軽減措置に関する認定（注） 下記の区分の適用を申請します。また、在園にかかる情報を関係機関に照会することを承諾します。 (あてはまるものに○をつける。)</p> <p>1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者</p> <p>(注) 対象事業は、児童発達支援、医療型児童発達支援、保育所等訪問支援</p>				

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 ( )	

(児童福祉法第56条の規定に基づく費用の徴収に関する規則の一部改正)

第2条 児童福祉法第56条の規定に基づく費用の徴収に関する規則（平成18年長浜市規則第80号）の一部を次のように改正する。

別表備考第3項第3号中「第13項及び第14項」を「第14項及び第15項」に改める。

(長浜市建築基準法等施行細則の一部改正)

第3条 長浜市建築基準法等施行細則（平成18年長浜市規則第131号）の一部を次のように改正する。

第10条第2項の表中「第5条第17項」を「第5条第18項」に改める。

(長浜市相談支援事業実施規則の一部改正)

第4条 長浜市相談支援事業実施規則（平成26年長浜市規則第19号）の一部を次のように改正する。

第2条第2号中「第5条第18項」を「第5条第19項」に改める。

(長浜市自立支援医療費（育成医療及び更生医療）支給規則の一部改正)

第5条 長浜市自立支援医療費（育成医療及び更生医療）支給規則（平成28年長浜市規則第85号）の一部を次のように改正する。

第1条中「第5条第24項」を「第5条第25項」に改める。

#### 附 則

この規則は、公布の日から施行する。