

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成21年6月5日

香川県知事 真 鍋 武 紀

香川県規則第51号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則（平成2年香川県規則第28号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
<p>(障害児施設給付費の支給の申請)</p> <p>第7条の2 法第24条の3第1項の規定による申請は、障害児施設給付費支給申請書兼利用者負担額減免等申請書（第10号様式の2）に<u>世帯状況・収入等申告書</u>（第10号様式の3）を添えてしなければならない。</p>	<p>(障害児施設給付費の支給の申請)</p> <p>第7条の2 法第24条の3第1項の規定による申請は、障害児施設給付費支給申請書兼利用者負担額減免等申請書（第10号様式の2）に<u>世帯状況・収入・資産等申告書</u>（第10号様式の3）を添えてしなければならない。</p>

第10号様式の2 (第7条の2関係)

(表)

略

(裏)

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 次の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。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であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの 4 市町村民税課税世帯(サービスを利用される方が18歳以上の場合にあっては所得割額16万円未満、障害児の場合にあっては所得割額28万円未満)に属する者 *18歳以上(施設に入所する場合は20歳以上)の方の「世帯」の範囲は、「支給申請の対象となる者及び同一の世帯に属する配偶者」です。		
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 次のいずれにも当てはまるため、個別減免を申請します。 1 施設入所者(医療型施設入所者又は20歳以上の福祉型施設入所者に限る。) 2 市町村民税非課税世帯の者		
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定(医療型施設は除く。) 次の当てはまるため、特定入所者食費等給付費を申請します。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <施設を利用する方が20歳以上の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であって、市町村民税非課税世帯の者であること。 (年齢 歳) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <施設を利用する方が20歳未満の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であること。 (年齢 歳) </td> </tr> </table>	<施設を利用する方が20歳以上の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であって、市町村民税非課税世帯の者であること。 (年齢 歳)	<施設を利用する方が20歳未満の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であること。 (年齢 歳)
	<施設を利用する方が20歳以上の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であって、市町村民税非課税世帯の者であること。 (年齢 歳)	<施設を利用する方が20歳未満の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であること。 (年齢 歳)	
<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)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"/> 特例補足給付)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。			

(注) 事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

障害児施設医療費の支給を希望する場合は、施設給付費支給申請に係る障害児について、次の欄に記入すること。

保 険 者 名 及 び 番 号		被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号	
-----------------	--	-------------------------	--

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入すること。)		
フリガナ氏名	-----	申請者との関係	
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		

第10号様式の2 (第7条の2関係)

(表)

略

(裏)

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 次の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○を付ける。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であって、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であって、2以外のもの		
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 次のいずれにも当てはまるため、個別減免を申請します。 1 施設入所者(医療型施設入所者又は20歳以上の福祉型施設入所者に限る。) 2 市町村民税非課税世帯の者 3 一定の資産を有していないこと(20歳未満の医療型施設入所者は除く。) ア 預貯金等の額が350万円以下であること。 イ 不動産を所有していないこと(親族等が現に居住する不動産を除く。)。		
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定(医療型施設は除く。) 次の当てはまるため、特定入所者食費等給付費を申請します。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <施設を利用する方が20歳以上の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であって、市町村民税非課税世帯の者であること。 (年齢 歳) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <施設を利用する方が20歳未満の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であること。 (年齢 歳) </td> </tr> </table>	<施設を利用する方が20歳以上の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であって、市町村民税非課税世帯の者であること。 (年齢 歳)	<施設を利用する方が20歳未満の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であること。 (年齢 歳)
	<施設を利用する方が20歳以上の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であって、市町村民税非課税世帯の者であること。 (年齢 歳)	<施設を利用する方が20歳未満の場合> 障害児施設給付費の対象となる入所施設に入所している者であること。 (年齢 歳)	
<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、特例補足給付)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"/> 特例補足給付)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。			

(注) 事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

障害児施設医療費の支給を希望する場合は、施設給付費支給申請に係る障害児について、次の欄に記入すること。

保 険 者 名 及 び 番 号		被 保 険 者 証 の 記 号 及 び 番 号	
-----------------	--	-------------------------	--

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入すること。)		
フリガナ氏名	-----	申請者との関係	
住 所	〒 _____ 電話番号 () _____		

第10号様式の3 (第7条の2関係)

世帯状況・収入等申告書

香川県知事

殿

年 月 日

申告者 居住地
氏 名

㊞

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名	生年月日	本人との関係	市 町 村 民 税 の 状 況
申請者				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯主				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税
世帯員				<input type="checkbox"/> 課税 <input type="checkbox"/> 非課税

2 申請者の収入の状況について

〔個別減免又は補足給付を申請する場合は、全て記入すること。
上記以外の場合は、①、②、③のみ記入すること。〕

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円 ①
--------	-----

(2) 収入等の状況

収入(A) (年収)

区分	種 類	収 入 額
稼 得 等 収 入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等) (②)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当) (③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
そ の 他 収 入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入すること。)		
フリガナ氏名	-----	申請者との関係	
住 所	〒 電話番号 ()		

(注)

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に必ず添付すること。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付すること。
- 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

第10号様式の3 (第7条の2関係)

(表)

世帯状況・収入・資産等申告書

香川県知事

殿

年 月 日

申告者 居住地
氏 名

㊞

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名	生年月日	本人との関係
申請者			
世帯主			
世帯員			

〔※社会福祉法人軽減を申請する場合
生計中心者居住地
" 氏名

2 申請者の収入の状況について

〔個別減免、補足給付又は社会福祉法人軽減を申請する場合は、全て記入すること。
上記以外の場合は、①、②、③のみ記入すること。〕

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円 ①
--------	-----

(2) 収入等の状況

収入(A) (年収)

区分	種 類	収 入 額
稼 得 等 収 入	障害年金等(障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等) (②)	円
	特別児童扶養手当等(特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当、特別児童扶養手当) (③)	円
	工賃等収入	円
	その他の収入()	円
そ の 他 収 入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入()	円

必要経費(B)

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏)

3 申請者の資産等について（施設を利用する方が20歳以上で個別減免を申請する場合及び社会福祉法人軽減を申請する場合に記入すること。）

種 類	有 無	内 容	
申請者名義の預貯金等	有・無		
申請者名義の不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための 居住用不動産に該当
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための 居住用不動産に該当
その他の資産	有・無		

4 生計中心者の状況について（社会福祉法人軽減を申請する場合に記入すること。）

(1) 収入（年収）

種 類	収 入 額
	円
	円
	円
計	円

(2) 資産等

種 類	有 無	内 容	
生計中心者名義の 預貯金等	有・無		
生計中心者名義の 不動産等	有・無		<input type="checkbox"/> 一定の親族のための 居住用不動産に該当
			<input type="checkbox"/> 一定の親族のための 居住用不動産に該当
その他の資産	有・無		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者（保護者） <input type="checkbox"/> 申請者本人以外（下の欄に記入すること。）		
フリガナ氏名	-----	申請者との関係	
住所	〒 電話番号 ()		

(注)

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に必ず添付すること。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付すること。
- 3 氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができる。

附 則

この規則は、平成21年7月1日から施行する。