

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24年3月30日

香川県知事 浜 田 恵 造

### 香川県規則第26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>(小児慢性特定疾患医療の給付の申請) 第6条の2 略</p> <p><u>(指定障害児通所支援事業者等の指定の申請等)</u> 第6条の3 法第21条の5の15第1項及び第24条の9第1項の申請は、<u>指定障害児通所支援事業者（指定障害児入所施設）指定申請書（第8号様式の3）によりしなければならない。</u></p> <p><u>2 法第21条の5の19第1項及び第24条の13の規定による届出は、変更に係るものにあつては指定障害児通所支援事業者（指定障害児入所施設）変更届出書（第8号様式の4）により、休止した事業の再開に係るものにあつては指定通所支援事業再開届出書（第8号様式の5）により、しなければならない。</u></p> <p><u>3 法第21条の5の19第2項の規定による届出は、指定通所支援事業廃止（休止）届出書（第8号様式の6）によりなければならない。</u></p> <p>(助産施設又は母子生活支援施設への入所の申込み) 第7条 略</p> <p>(障害児入所給付費の支給の申請) 第7条の2 法第24条の3第1項の規定による申請は、<u>障害児入所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）に世帯状況・収入等申告書（第10号様式の3）を添えてしなければならない。</u></p> <p><u>(障害児入所受給者証)</u> 第7条の3 法第24条の3第6項の<u>入所受給者証</u>は、<u>障害児入所受給者証（第10号様式の4）及び障害児入所医療受給者証（第10号様式の5）</u>による</p>	<p>(小児慢性特定疾患医療の給付の申請) 第6条の2 略</p> <p>(助産施設又は母子生活支援施設への入所の申込み) 第7条 略</p> <p>(障害児施設給付費の支給の申請) 第7条の2 法第24条の3第1項の規定による申請は、<u>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）に世帯状況・収入等申告書（第10号様式の3）を添えてなければならない。</u></p> <p><u>(障害児施設受給者証)</u> 第7条の3 法第24条の3第6項の<u>施設受給者証</u>は、<u>障害児施設受給者証（第10号様式の4）及び障害児施設医療受給者証（第10号様式の5）</u>による</p>

ものとする。

- 2 入所給付決定保護者は、前項の入所受給者証の記載事項に変更があったときは、受給者証記載事項変更届出書（第10号様式の6）により届け出なければならない。
- 3 省令第25条の7第9項の入所受給者証の再交付の申請は、受給者証再交付申請書（第10号様式の7）によりしなければならない。

（高額障害児入所給付費の申請）

第7条の4 入所給付決定保護者は、法第24条の6第1項の規定による高額障害児入所給付費の支給を受けようとするときは、高額障害児入所給付費支給申請書（第10号様式の8）により申請しなければならない。

（指定障害児入所施設の指定辞退の申出）

第7条の5 法第24条の14の規定による指定の辞退は、指定障害児入所施設指定辞退申出書（第10号様式の9）により、知事に提出しなければならない。

（養育里親名簿）

第9条 知事は、次条第1項及び第2項の規定による申請書の提出があったときは、これを審査し、省令第36条の42第1項の規定により登録しない場合を除き、法第34条の19の養育里親名簿に、法第6条の4第2項に規定する養育里親、省令第1条の33第2項第1号に掲げる者（以下「養子縁組希望里親」という。）及び省令第1条の36に規定する専門里親につき、省令第36条の40各号に掲げる事項を登録しなければならない。

（児童自立生活援助の実施の申込み）

第14条の2 略

ものとする。

- 2 施設給付決定保護者は、前項の施設受給者証の記載事項に変更があったときは、受給者証記載事項変更届出書（第10号様式の6）により届け出なければならない。
- 3 省令第25条の7第9項の施設受給者証の再交付の申請は、受給者証再交付申請書（第10号様式の7）によりしなければならない。

（高額障害児施設給付費の申請）

第7条の4 施設給付決定保護者は、法第24条の6第1項の規定による高額障害児施設給付費の支給を受けようとするときは、高額障害児施設給付費支給申請書（第10号様式の8）により申請しなければならない。

（指定知的障害児施設等の指定の申請）

第7条の5 法第24条の9第1項の申請は、指定知的障害児施設等指定申請書（第10号様式の9）によりしなければならない。

（指定知的障害児施設等の変更の届出）

第7条の6 法第24条の13の規定による届出は、指定知的障害児施設等変更届出書（第10号様式の10）によりしなければならない。

（指定知的障害児施設等の指定辞退の申出）

第7条の7 法第24条の14の規定による指定の辞退は、指定知的障害児施設等指定辞退申出書（第10号様式の11）により、知事に提出しなければならない。

（養育里親名簿）

第9条 知事は、次条第1項及び第2項の規定による申請書の提出があったときは、これを審査し、省令第36条の42第1項の規定により登録しない場合を除き、法第34条の18の養育里親名簿に、法第6条の3第2項に規定する養育里親、省令第1条の33第2項第1号に掲げる者（以下「養子縁組希望里親」という。）及び省令第1条の36に規定する専門里親につき、省令第36条の40各号に掲げる事項を登録しなければならない。

（児童自立生活援助の実施の申込み）

第14条の2 略

(障害児通所支援事業等の開始の届出等)

第14条の2の2 法第34条の3第2項の規定による届出は、障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）開始届出書（第19号様式の2の2）によりしなければならない。

2 法第34条の3第3項の規定による届出は、障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）変更届出書（第19号様式の2の3）によりしなければならない。

3 法第34条の3第4項の規定による届出は、障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）廃止（休止）届出書（第19号様式の2の4）によりしなければならない。

(児童自立生活援助事業等の開始の届出等)

第14条の3 法第34条の4第1項の規定による届出は、児童自立生活援助事業（小規模住居型児童養育事業）開始届出書（第19号様式の3）によりしなければならない。

2 法第34条の4第2項の規定による届出は、児童自立生活援助事業（小規模住居型児童養育事業）変更届出書（第19号様式の4）によりしなければならない。

3 法第34条の4第3項の規定による届出は、児童自立生活援助事業（小規模住居型児童養育事業）廃止（休止）届出書（第19号様式の5）によりしなければならない。

(一時預かり事業の開始の届出等)

第14条の4 法第34条の12第1項の規定による届出は、一時預かり事業開始届出書（第19号様式の6）によりしなければならない。

2 法第34条の12第2項の規定による届出は、一時預かり事業変更届出書（第19号様式の7）によりしなければならない。

3 法第34条の12第3項の規定による届出は、一時預かり事業廃止（休止）届出書（第19号様式の8）によりしなければならない。

(家庭的保育事業の開始の届出等)

第14条の5 法第34条の15第1項の規定による届出は、家庭的保育事業開始届出書（第19号様式の9）によりなければならない。

2 法第34条の15第2項の規定による届出は、家庭的保育事業変更届出書（

(児童自立生活援助事業等の開始の届出等)

第14条の3 法第34条の3第1項の規定による届出は、児童自立生活援助事業（小規模住居型児童養育事業）開始届出書（第19号様式の3）によりしなければならない。

2 法第34条の3第2項の規定による届出は、児童自立生活援助事業（小規模住居型児童養育事業）変更届出書（第19号様式の4）によりなければならない。

3 法第34条の3第3項の規定による届出は、児童自立生活援助事業（小規模住居型児童養育事業）廃止（休止）届出書（第19号様式の5）によりなければならない。

(一時預かり事業の開始の届出等)

第14条の4 法第34条の11第1項の規定による届出は、一時預かり事業開始届出書（第19号様式の6）によりなければならない。

2 法第34条の11第2項の規定による届出は、一時預かり事業変更届出書（第19号様式の7）によりなければならない。

3 法第34条の11第3項の規定による届出は、一時預かり事業廃止（休止）届出書（第19号様式の8）によりなければならない。

(家庭的保育事業の開始の届出等)

第14条の5 法第34条の14第1項の規定による届出は、家庭的保育事業開始届出書（第19号様式の9）によりなければならない。

2 法第34条の14第2項の規定による届出は、家庭的保育事業変更届出書（

第19号様式の10)によりしなければならない。

- 3 法第34条の15第3項の規定による届出は、家庭的保育事業廃止（休止）届出書（第19号様式の11）によりしなければならない。

第8号様式の2（第6条の2関係）

略

第19号様式の10)によりしなければならない。

- 3 法第34条の14第3項の規定による届出は、家庭的保育事業廃止（休止）届出書（第19号様式の11）によりしなければならない。

第8号様式の2（第6条の2関係）

略

第8号様式の3 (第6条の3関係)

※受付番号

指定障害児通所支援事業者 (指定障害児入所施設) 指定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事務所の所在地  
 名称  
 代表者氏名 ㊟

指定障害児通所支援事業者 (指定障害児入所施設) の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

		※事業所 (施設) 所在地市町番号				
申 請 者	フリガナ					
	名 称					
	主たる事務所の所在地	〒				
	法人である場合その種別			法人所轄庁		
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	代表者の職・氏名	職 名			フリガナ 氏 名	
	代表者の住所	〒				
指 定 を 受 け たい と する 事 業 等	フリガナ					
	名 称					
	事業所 (施設) の所在地	〒				
	事業等の種類	申請に係る事業等の開始年月日		様 式		
	同一所在地において行う事業等の種類	事業所番号				
備 考						

(注)

- ※印の欄は、記入しないこと。
- 「法人である場合その種別」の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入すること。
- 「法人所轄庁」の欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 「同一所在地において行う事業等の種類」の欄は、既に指定を受けているものについて事業等の種類を記入すること。
- 「事業所番号」の欄は、香川県内において既に事業所 (施設) としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記入すること。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入すること。
- 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8号様式の4 (第6条の3関係)

指定障害児通所支援事業者 (指定障害児入所施設) 変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 主たる事務所  
の所在地

名 称

代表者氏名 ㊟

次のとおり指定障害児通所支援事業者 (指定障害児入所施設) の指定の内容の変更について届け出ます。

- 1 事業所番号
- 2 事業所 (施設) の名称
- 3 事業所 (施設) の所在地
- 4 事業 (施設) の種類
- 5 変更の内容

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後

- 6 変更の理由
- 7 変更年月日

(注)

- 1 変更内容が分かる書類を添付すること。
- 2 変更の日から10日以内に届け出ること。
- 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8号様式の5 (第6条の3関係)

指定通所支援事業再開届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 主たる事務所  
の所在地

名 称

代表者氏名 ㊟

次のとおり休止した事業を再開したので届け出ます。

- 1 事業所番号
- 2 事業所の名称
- 3 事業所の所在地
- 4 事業の種類
- 5 再開年月日

(注)

- 1 再開した事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付すること。
- 2 再開の日から10日以内に届け出ること。
- 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8号様式の6 (第6条の3関係)

指定通所支援事業廃止(休止)届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 主たる事務所の所在地

名称

代表者氏名 ㊟

次のとおり事業の廃止(休止)をしたいので届け出ます。

- 1 事業所番号
- 2 事業所の名称
- 3 事業所の所在地
- 4 事業の種類
- 5 廃止(休止)の理由
- 6 現に指定通所支援を受けている者に対する措置
- 7 廃止(休止)予定年月日
- 8 休止予定期間

(注)

- 1 廃止又は休止の予定の日の1月前までに届け出ること。
- 2 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9号様式(第7条関係)

略

第9号様式(第7条関係)

略



第10号様式の2 (第7条の2関係)

(表)

障害児入所給付費支給申請書兼利用者負担額減免等申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 居住地  
氏名 ⑥  
生年月日 年 月 日  
連絡先 ( )

次のとおり申請します。

フリガナ	生年月日	年 月 日
支給申請に係る 児童氏名	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

サービス利用の 状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等
	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容	
	種類	<input type="checkbox"/> 指定障害児入所支援 <input type="checkbox"/> 指定医療機関
申請するサービスの種類等	障害児入所給付費	具体的内容

第10号様式の2 (第7条の2関係)

(表)

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

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 居住地  
氏名 ⑥  
生年月日 年 月 日  
連絡先 ( )

次のとおり申請します。

フリガナ	生年月日	年 月 日
支給申請に係る 児童氏名	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

サービス利用の 状況	障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児施設支援 (施設サービス)	利用中の施設名等
	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容	
	種類	<input type="checkbox"/> 指定知的障害児施設 <input type="checkbox"/> 指定知的障害児通園施設 <input type="checkbox"/> 指定難聴幼児通園施設 <input type="checkbox"/> 指定肢体不自由児通園施設
申請するサービスの種類等	障害児施設給付費	<input type="checkbox"/> 指定第1種自閉症児施設 <input type="checkbox"/> 指定盲児施設 <input type="checkbox"/> 指定肢体不自由児施設 (入所・通所) <input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設
		<input type="checkbox"/> 指定第2種自閉症児施設 <input type="checkbox"/> 指定ろうあ児施設 <input type="checkbox"/> 指定肢体不自由児療護施設 <input type="checkbox"/> 指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児)
		具体的内容

(裏)

申請する減免等の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定(下記IIの減免措置適用前) 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
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設入所者(注1)であるため、医療型個別減免を申請します。
	<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。) 障害児入所施設入所者(注2)であるため、特定入所障害児食費等給付費の支給を申請します。
	<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(□定率負担減免措置 □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。

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。

(注1) 対象施設は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の支給の対象となる入所施設。

(注2) 対象施設は、障害児入所給付費の支給の対象となる入所施設。

障害児入所医療費の支給を希望する場合は、入所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 ( )		

(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
	<input type="checkbox"/> II 医療型個別減免に関する認定 次に当てはまるため、医療型個別減免を申請します。 <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医療型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医療型施設に入所している者であること。(年齢 歳)
	<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。) 次に当てはまるため、特定入所者食費等給付費を申請します。 <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(□定率負担減免措置 □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4 (第7条の3関係)

(表)

(一)		(二)		(三)	
障害児入所受給者証		入所給付決定の内容		指定障害児入所施設等の記入欄	
受給者証番号		入所支援の種類及び内容		指定障害児入所施設等の名称	入所日・退所日 施設確認印
入所給付決定後経過	居住地	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	入所日	年 月 日
	フリガナ	特定入所障害児食費等給付費の支給内容		退所日	年 月 日
	氏名	支 給 額	円	入所日	年 月 日
	生年月日	適 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	退所日	年 月 日
現 置	フリガナ	利用者負担に関する事項		入所日	年 月 日
	氏名	負担上限月額	円	退所日	年 月 日
	生年月日	適 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	(予備欄)	
	交付年月日	特記事項			
支給決定者名		香 川 県 国 問い合わせ先 香川県障害福祉相談所			

(裏)

(四)		(五)	
注 意 事 項 欄		注 意 事 項 欄	
<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 指定入所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。</p> <p>3 医療費障害児入所施設に入所するときは、この証に医療費控除の取扱説明書及び障害児入所施設受給者証を添えて、指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>4 指定入所支援を受けるときに支払う金額は、当選入所給付決定受給者の家計の負担能力その他の事情をふまえて、政令で定める額（当該政令で定める額が指定障害児入所支援に必要とする費用（入所特定費用を除く。）の総額の1割相当を超えない）とします。ただし、この証の(二)面の負担上限月額額に記録された金額が1月当たりの上限になります。（※個別減免等の決定を受けた場合には、減免後の額が表示されています。）</p> <p>また、食事及び居住に要する費用については、特定入所障害児食費等給付費欄に記載する額を1月当たりの上限として支給します。</p> <p>5 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費については、毎年入所給付決定受給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香川県障害福祉相談所に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは、障害児入所給付費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に香川県障害福祉相談所にこの証を添えて、障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。</p>		<p>7 この証の(一)又は(二)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、香川県障害福祉相談所にその旨を届け出てください。</p> <p>8 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は、使えなくなり、居住地を移そうとする場合は、事前に、香川県障害福祉相談所に御連絡、御相談ください。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、香川県障害福祉相談所に届け出てください。</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。</p> <p>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、香川県障害福祉相談所に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を香川県障害福祉相談所に返してください。</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>	

第10号様式の4 (第7条の3関係)

(表)

(一)		(二)		(三)	
障害児施設受給者証		施設給付決定の内容		指定知的障害児施設等の記入欄	
受給者証番号		施設支援の種類及び内容		指定知的障害児施設等の名称	入所日・退所日 施設確認印
施設給付決定後経過	居住地	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	入所日	年 月 日
	フリガナ	特定入所障害児食費等給付費の支給内容		退所日	年 月 日
	氏名	支 給 額	円	入所日	年 月 日
	生年月日	適 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	退所日	年 月 日
現 置	フリガナ	利用者負担に関する事項		入所日	年 月 日
	氏名	利用者負担割合(原則)	1割 負担上限月額	円	退所日
	生年月日	適 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	(予備欄)	
	交付年月日	特記事項			
支給決定者名		香 川 県 国 問い合わせ先 香川県障害福祉相談所			

(裏)

(四)		(五)	
注 意 事 項 欄		注 意 事 項 欄	
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持ってってください。</p> <p>2 指定施設支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。</p> <p>3 指定施設支援を受けるときに支払う金額は、指定施設支援に要する費用（食費、光熱水費等を除く。）の1割です。ただし、この証の(二)面の負担上限月額に記録された金額が1月当たりの上限になります。（※個別減免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。）</p> <p>また、食事及び居住に要する費用については、特定入所障害児食費等給付費欄に記載する額を1月当たりの上限として支給します。</p> <p>4 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費については、毎年施設給付決定受給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香川県障害福祉相談所に提出してください。</p> <p>5 給付決定期間を経過したときは、障害児施設給付費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に香川県障害福祉相談所にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。</p> <p>6 この証の(一)又は(二)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、香川県障害福祉相談所にその旨を届け出てください。</p>		<p>7 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は、使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、香川県障害福祉相談所に御連絡、御相談ください。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、香川県障害福祉相談所に届け出てください。</p> <p>8 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。</p> <p>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、香川県障害福祉相談所に返してください。</p> <p>9 この証を香川県障害福祉相談所に返してください。</p> <p>10 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>11 施設給付費の内容等に記録されていない指定施設支援については、障害児施設給付費の支給は受けられません。</p>	

第10号様式の5 (第7条の3関係)

(表)

障害児入所医療受給者証	
公費負担者番号	
公費受給者番号	
フリガナ	
居住地	
フリガナ	生年月日
氏名	年 月 日
フリガナ	生年月日
氏名	年 月 日
児 被保険者証の 記号及び番号	
保 険 者 名	
番 号	
負担上 限 月 額	障害児入所医療費 (食事療養を除く。) 月額 円
	食事療養 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
支給 決 定 者 名	香 川 県 国 問い合わせ先 香川県障害福祉相談所

(表)

注 意 事 項 欄	
1	この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。
2	障害児入所医療を受けようとするときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定施設に提示してください。
3	障害児入所医療の負担上限月額、この証の負担上限月額に記載された金額が1月当たりの上限になります。(※医療型個別減免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。)
4	障害児入所医療の負担上限額は、毎年入所給付決定保護者等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香川県障害福祉相談所に提出してください。
5	給付決定期間を経過したときは、障害児入所医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に香川県障害福祉相談所にこの証を添えて、障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。
6	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、香川県障害福祉相談所にその旨を届け出てください。
7	給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は、使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、香川県障害福祉相談所に御連絡、御相談ください。
8	また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、香川県障害福祉相談所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。
9	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、香川県障害福祉相談所に返してください。
10	受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を香川県障害福祉相談所に返してください。
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。

第10号様式の5 (第7条の3関係)

(表)

障害児施設医療受給者証	
公費負担者番号	
公費受給者番号	
フリガナ	
居住地	
フリガナ	生年月日
氏名	年 月 日
フリガナ	生年月日
氏名	年 月 日
児 被保険者証の 記号及び番号	
保 険 者 名	
番 号	
負担上 限 月 額	障害児施設医療費 (食事療養を除く。) 月額 円
	食事療養 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
支給 決 定 者 名	香 川 県 国 問い合わせ先 香川県障害福祉相談所

(表)

注 意 事 項 欄	
1	この証は、各面をよく読んで大切に持ってください。
2	障害児施設医療を受けようとするときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定施設に提示してください。
3	障害児施設医療の負担上限額は、この証の負担上限月額に記載された金額が1月当たりの上限になります。(※医療型個別減免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。)
4	障害児施設医療の負担上限額は、毎年施設給付決定保護者等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香川県障害福祉相談所に提出してください。
5	給付決定期間を経過したときは、障害児施設医療費の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に香川県障害福祉相談所にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。
6	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、香川県障害福祉相談所にその旨を届け出てください。
7	給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は、使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、香川県障害福祉相談所に御連絡、御相談ください。
8	また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、香川県障害福祉相談所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。
9	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、香川県障害福祉相談所に返してください。
10	受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を香川県障害福祉相談所に返してください。
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。

第10号様式の8 (第7条の4関係)

高額障害児入所給付費支給申請書

香川県知事

殿

年 月 日

申請者 居住地  
氏 名  
生年月日  
連絡先

年 月 日  
( )

次のとおり高額障害児入所給付費の支給を申請します。

略

(注)  
1～4 略

略

略

略

第10号様式の8 (第7条の4関係)

高額障害児施設給付費支給申請書

香川県知事

殿

年 月 日

申請者 居住地  
氏 名  
生年月日  
連絡先

年 月 日  
( )

次のとおり高額障害児施設給付費の支給を申請します。

略

(注)  
1～4 略

略

略

略

第10号様式の9（第7条の5関係）

※受付番号

指定知的障害児施設等指定申請書

年 月 日

香川県知事 殿

申請者 主たる事務所  
の所在地  
名 称  
代表者氏名 ㊟

児童福祉法第24条の9第1項による指定知的障害児施設等の指定を受けたいので、次のとおり申請します。

※施設所在地市町番号

申 請 者	フリガナ			
	名 称			
	主たる事務所の所在地	〒		
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	FAX番号	
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ	氏 名
	代表者の住所	〒		
指 定 を 受 け よ う と す る 施 設	フリガナ			
	名 称			
	施設の所在地	〒		
	施設の種別	申請に係る事業の開始年月日	様 式	
	同一施設内において行う事業等の種類	事 業 所 番 号		
	備 考			

(注)

- ※印の欄は、記入しないこと。
- 「法人である場合その種別」の欄は、申請者が法人である場合に、社会福祉法人、医療法人、一般社団法人、一般財団法人、株式会社等の別を記入すること。
- 「法人所轄庁」の欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記入すること。
- 「同一施設内において行う事業等の種類」の欄は、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記入すること。
- 「事業所番号」の欄は、香川県内において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記入すること。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、その全てを記入すること。
- 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10（第7条の6関係）

指定知的障害児施設等変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 主たる事務所の所在地

名称

代表者氏名 ㊟

次のとおり指定知的障害児施設等の指定を受けた内容を変更したので、児童福祉法第24条の13の規定により届け出ます。

		事業所番号	
指定内容を変更した施設	名称		
	所在地		
	施設の種類		
変更があった事項		変更の内容	
(変更前)			
(変更後)			
変更年月日		年月日	

(注)

- 1 変更内容が分かる書類を添付すること。
- 2 変更の日から10日以内に届け出ること。
- 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9 (第7条の5関係)

指定障害児入所施設指定辞退申出書

年 月 日

香川県知事 殿

申出者 主たる事務所の所在地

名 称

代表者氏名 ㊟

指定障害児入所施設の指定を辞退したいので、児童福祉法第24条の14の規定により申し出ます。

		事業所番号	
指定を辞退する施設	名称 所在地		
指定を受けた年月日	年月日		
指定を辞退する年月日	年月日		
指定を辞退する理由			
現に指定入所支援を受けている児童に対する措置			

(注)

- 1 指定を辞退する日の3月前までに申し出ること。
- 2 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19号様式の2 (第14条の2関係)

略

第10号様式の11 (第7条の7関係)

指定知的障害児施設等指定辞退申出書

年 月 日

香川県知事 殿

申出者 主たる事務所の所在地

名 称

代表者氏名 ㊟

指定知的障害児施設等の指定を辞退したいので、児童福祉法第24条の14の規定により申し出ます。

		事業所番号	
指定を辞退する施設	名称 所在地		
指定を受けた年月日	年月日		
指定を辞退する年月日	年月日		
指定を辞退する理由			
現に指定施設支援を受けている児童に対する措置			

(注)

- 1 指定を辞退する日の3月前までに申し出ること。
- 2 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19号様式の2 (第14条の2関係)

略

第19号様式の2の2（第14条の2の2関係）

障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）開始届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住所

氏名 <sup>㊞</sup>

〔法人にあっては、主たる事務所の所  
在地及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を開始したいので届け出ます。

- 1 事業の種類及び内容
- 2 経営者の氏名及び住所（法人にあっては、名称及び主たる事務所の所在地）
- 3 職員の定数及び職務の内容
- 4 主な職員の氏名及び経歴

職 名	氏 名	年 齢	経 歴

- 5 事業の用に供する施設の名称、種類及び所在地
- 6 事業開始の予定年月日

（注）

- 1 次に掲げる書類を添付すること。
  - （1） 条例、定款その他の基本約款
  - （2） 運営規程
  - （3） 収支予算書及び事業計画書（インターネットを利用して閲覧することができる場合を除く。）
- 2 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19号様式の2の3（第14条の2の2関係）

障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）変更届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住所  
氏名 <sup>㊤</sup>  
〔法人にあつては、主たる事務所の所  
在地及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）の変更について届け出ます。

- 1 名称
- 2 種類
- 3 所在地
- 4 開始届出年月日
- 5 変更の内容

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後

- 6 変更の理由
- 7 変更年月日

(注)

- 1 知事が必要と認める書類を添付すること。
- 2 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19号様式の2の4（第14条の2の2関係）

障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）廃止（休止）届出書

年 月 日

香川県知事 殿

届出者 住所  
氏名 ④  
〔法人にあっては、主たる事務所の所  
在地及び名称並びに代表者の氏名〕

次のとおり障害児通所支援事業（障害児相談支援事業）を廃止（休止）したいので届け出ます。

- 1 名称
- 2 種類
- 3 所在地
- 4 開始届出年月日
- 5 廃止（休止）の理由
- 6 現に便宜を受けている者又は通所している者に対する措置
- 7 廃止（休止）予定年月日
- 8 休止の予定期間

(注)

- 1 知事が必要と認める書類を添付すること。
- 2 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19号様式の3（第14条の3関係）

略

第19号様式の3（第14条の3関係）

略

附 則

- 1 この規則は、平成24年4月1日から施行する。
- 2 この規則の施行の際現に交付されている改正前の第10号様式の4による障害児施設受給者証及び第10号様式の5による障害児施設医療受給者証は、改正後の第10号様式の4による障害児入所受給者証及び第10号様式の5による障害児入所医療受給者証とみなす。