

伊勢市障害者自立支援法施行細則をここに公布する。

平成 18 年 3 月 31 日

伊勢市長職務代理者

伊勢市助役 阿 形 次 基

## 伊勢市規則第 13 号

### 伊勢市障害者自立支援法施行細則

#### (目的)

第 1 条 障害者自立支援法（平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。）の施行に当たっては、法、障害者自立支援法施行令（平成 18 年政令第 10 号。以下「施行令」という。）障害者自立支援法施行規則（平成 18 年厚生労働省令第 19 号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、この規則の定めるところによる。

#### (委任)

第 2 条 伊勢市社会福祉事務委任規則（平成 17 年伊勢市規則第 53 号）の規定により、法第 8 条、第 9 条、第 10 条、第 12 条、第 20 条、第 21 条、第 22 条、第 24 条、第 25 条、第 29 条、第 30 条、第 31 条、第 32 条、第 33 条、第 34 条、第 35 条、第 52 条、第 53 条、第 54 条、第 56 条、第 57 条、第 58 条、第 67 条第 5 項、第 70 条、第 71 条、第 73 条第 4 項、第 74 条、第 76 条及び第 77 条に規定する事務は、伊勢市厚生福祉事務所長（以下「福祉事務所長」という。）に委任する。

#### (介護給付費等の支給申請)

第 3 条 法第 20 条に規定する介護給付費、訓練等給付費及び施設訓練等給付費（以下「介護給付費等」という。）の支給申請及び第 29 条第 4 項に規定する利用者負担額の減額及び免除の申請は、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）により支給を受けようとする日の 30 日前（更新申請の場合は、支給を受けようとする日の 60 日前から 30 日前）までに行うものとする。

2 福祉事務所長は、前項の申請に係る決定を支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書（様式第 2 号）により行うものとする。

3 福祉事務所長は、第 1 項の申請を却下するときは、却下決定通知書（様

式第 3 号) により行うものとする。

4 法第 24 条に規定する介護給付費等の支給の変更及び利用者負担額減額又は免除等の変更に係る申請は、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 4 号)により行うものとする。

5 福祉事務所長は、前項の申請に係る決定を支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等変更決定通知書(様式第 5 号)により行うものとする。

(特例介護給付費等の支給申請)

第 4 条 法第 30 条に規定する特例介護給付費及び特例訓練等給付費の支給に係る申請は、特例介護給付費・特例訓練等給付費支給申請書(様式第 6 号)により行うものとする。

2 福祉事務所長は、前項の申請に係る決定を支給(不支給)決定通知書(様式第 7 号)により行うものとする。

(支給申請に係る同意)

第 5 条 法第 6 条に規定する自立支援給付に係る支給申請に当たり、申請者及び申請者の属する世帯の生計中心者から提出される世帯の所得及び課税の状況の調査に係る同意は、同意書(様式第 8 号)により行うものとする。

(支給決定の取消し)

第 6 条 福祉事務所長は、法第 25 条に規定する支給決定の取消しを支給決定取消通知書(様式第 9 号)により行うものとする。

(社会福祉法人等利用者負担軽減措置)

第 7 条 社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置を受けようとする者からの軽減対象の確認に係る申請は、社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書(様式第 10 号)により行うものとする。

2 福祉事務所長は、前項の申請に係る確認通知を社会福祉法人等利用者

負担軽減対象確認通知書（様式第 11 号）により行うものとする。

- 3 利用者負担軽減を実施する社会福祉法人等からの軽減の申出は、社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書（様式第 12 号）により行うものとする。

（障害福祉サービス受給者証）

第 8 条 福祉事務所長は、法第 22 条第 5 項の規定に基づき、支給決定を受けた障害者又は障害児の保護者（以下「障害者等」という。）に対し、施行規則第 14 条に規定する障害福祉サービス受給者証を交付するものとする。

（個別減免等申請に係る世帯状況等の申告）

第 9 条 個別減免、補足給付及び社会福祉法人等利用者負担軽減の申請に係る世帯状況、収入及び資産等の申告については、世帯状況・収入・資産等申告書（様式第 13 号）により行うものとする。

（高額障害福祉サービス費の支給申請）

第 10 条 法第 33 条に規定する高額障害福祉サービス費の支給に係る申請は、高額障害福祉サービス費支給申請書（様式第 14 号）により行うものとする。

- 2 福祉事務所長は、前項の申請に係る支給又は不支給の決定を、高額障害福祉サービス費支給（不支給）決定通知書（様式第 15 号）により行うものとする。

（自立支援医療費の支給認定申請）

第 11 条 法第 53 条第 1 項の規定により自立支援医療費（更生医療に係るものに限る。）の支給認定を受けようとする障害者等は、自立支援医療費支給認定申請書（様式第 16 号）を提出するものとする。

- 2 福祉事務所長は、前項の申請を却下するときは、通知書（様式第 17 号）により行うものとする。

(自立支援医療受給者証)

第 12 条 福祉事務所長は、法第 54 条第 3 項の規定に基づき、支給認定を受けた障害者等に対し、施行規則第 41 条に規定する自立支援医療受給者証(様式第 18 号)を交付するものとする。

2 自立支援医療受給者証及び自立支援医療費支給認定申請書に記載された事項を変更するときは、自立支援医療費受給者証記載事項変更届(様式第 19 号)により行うものとする。

附 則

(施行期日)

この規則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)支給申請書兼  
利用者負担額減額・免除等申請書

(あて先)伊勢市厚生福祉事務所長

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		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	〒		
			電話番号	
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		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

申請するサービスの種類等	サービス利用の状況	利用中のサービスの種類と内容等			
		利用中の施設名等			
	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
申請するサービスの種類等	申請する支援の種類・内容				
	種類	居宅介護	行動援護	児童デイサービス	短期入所
		外出介護	障害者デイサービス	共同生活援助	
	内容				
	種類	身体障害者更生施設 (入所・通所)	身体障害者療護施設 (入所・通所)	身体障害者授産施設 (入所・通所)	
	知的障害者更生施設 (入所・通所)	知的障害者授産施設 (入所・通所)	知的障害者通勤寮		
内容	独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設				

申請する減免の種類	<p>月額負担上限額に関する認定 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 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</p>	
	<p>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、個別減免を申請します。</p> <p>1. グループホーム入居者、施設入所者(注)(20歳以上) 2. 一定の資産を有していないこと。 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(親族等が現に居住する不動産を除く。)</p>	
	<p>特定障害者特別給付費(特定入所者食費等給付費)に関する認定 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(特定入所者食費等給付費)を申請します。</p>	
	<p>20歳以上の方 1. 施設入所者(注)であること。(年令 才) 2. 市町村民税非課税世帯の者</p>	<p>20歳未満の方(2はあてはまるものに をつける) 1. 施設入所者(注)であること。(年令 才) 2. a)上記 の区分のうち、1~3にあてはまる者 b) " 1~3にあてはまらない者</p>
世帯範囲の特例	<p>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。</p>	
	<p>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。</p> <p>1. 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2. 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。</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。

(注)対象施設は、施設訓練等支援費の対象となる入所施設(身障療護、身障更生、身障授産、知的更生、知的授産)

申請書提出者	申請者本人	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		

(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

第 号  
年 月 日

〒 -  
様

伊勢市厚生福祉事務所長



((障害者自立支援法第22条 身体障害者福祉法第17条の11 知的障害者福祉法第15条の12)の規定に基づき(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)の支給)(及び)((障害者自立支援法第29条 身体障害者福祉法第17条の10 知的障害者福祉法第15条の11)に基づき利用者負担額減額・免除等)について、下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

受給者証番号		支給決定障害者(保護者)氏名	
支給決定日		支給決定に係る障害児氏名	
有効期間			
障害程度区分			
利用者負担上限月額			
特定入所者食費等給付費		日額	円

サービスの種類	支援の内容	サービスの種類	支援の内容
居宅介護		外出介護	
行動援護		障害者デイサービス	
児童デイサービス		共同生活援助	
短期入所		施設支援	
特記事項			

・不服申立て及び取消訴訟

(介護給付費・訓練等給付費の場合)

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に三重県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

(施設訓練等支援費の場合)

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対し意義申し立てをすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)提起することができます。

問い合わせ先 伊勢市福祉健康部障害福祉課 住所 伊勢市岩淵1丁目7番29号 電話番号 0596-21-5558



却下決定通知書

第 年 月 日 号

〒 -  
様

伊勢市厚生福祉事務所長

印

年 月 日に申請された((介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)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

・不服申立て及び取消訴訟

(介護給付費・訓練等給付費の場合)

1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に三重県知事に対し審査請求をすることができます。

2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。)でなければ提起することができないこととされています。

(1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。

(2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

(施設訓練等支援費の場合)

1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対し意義申し立てをすることができます。

2 また、処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)提起することができます。

問い合わせ先 伊勢市福祉健康部障害福祉課

住所 伊勢市岩淵1丁目7番29号 電話番号 0596-21-5558

(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)支給変更申請書兼  
利用者負担額減額・免除等変更申請書

(あて先)伊勢市厚生福祉事務所長

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		生年月日	年 月 日
	氏名		受給者番号	.....
	居住地	〒	電話番号	
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		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
変更の理由				

変更を申請するサービスの種類等	サービス利用の状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等			
		施設サービス	利用中の施設名等			
		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
	介護給付費等	申請する支援の種類・内容				
		種類	居宅介護	行動援護	児童デイサービス	短期入所
			外出介護	障害者デイサービス	共同生活援助	
		内容				
		施設訓練等支援費	種類	身体障害者更生施設 (入所・通所)	身体障害者療護施設 (入所・通所)	身体障害者授産施設 (入所・通所)
			知的障害者更生施設 (入所・通所)	知的障害者授産施設 (入所・通所)	知的障害者通勤寮	
	内容		独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設			

変更を申請する減免の種類	<p>月額負担上限額に関する認定 下記の区分の適用（の変更）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 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</p>	
	<p>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、個別減免（の変更）を申請します。</p> <p>1．グループホーム入居者、施設入所者(注)（20歳以上） 2．一定の資産を有していないこと。 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（親族等が現に居住する不動産を除く。）</p>	
	<p>特定障害者特別給付費（特定入所者食費等給付費）に関する認定 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（特定入所者食費等給付費）（の変更）を申請します。</p>	
	<p>20歳以上の方 1．施設入所者(注)であること。(年令 才) 2．市町村民税非課税世帯の者</p>	<p>20歳未満の方（2はあてはまるものに をつける） 1．施設入所者(注)であること。(年令 才) 2．a)上記 の区分のうち、1～3にあてはまる者 b) " 1～3にあてはまらない者</p>
世帯範囲の特例	<p>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）（の変更）を申請します。</p>	
	<p>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。</p> <p>1．税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2．健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。</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。

(注)対象施設は、施設訓練等支援費の対象となる入所施設（身障療護、身障更生、身障授産、知的更生、知的授産）

申請書提出者	申請者本人	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		

(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)支給変更決定通知書兼  
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書

〒 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 様

第 \_\_\_\_\_ 号  
年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

伊勢市厚生福祉事務所長

印

((障害者自立支援法第24条 身体障害者福祉法第17条の12 知的障害者福祉法第15条の13)の規定に基づき(介護給付費 訓練等給付費 施設訓練等支援費)の支給決定等の変更)(及び)((障害者自立支援法第29条 身体障害者福祉法第17条の10 知的障害者福祉法第15条の11)に基づき利用者負担額減額・免除等の変更)について、下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

受給者証番号	_____
支給決定障害者(保護者)氏名	支給決定に係る児童氏名 _____
変更年月日	_____
変更後のサービスの種類、内容及び支給量	_____
変更後の利用者負担上限月額	_____
変更後の特定障害者特別給付費(特定入所者食費等給付費)	日額 _____ 円
変更の理由	_____

旧受給者証を伊勢市福祉健康部障害福祉課又は各総合支所福祉健康課へ返還してください。

・不服申立て及び取消訴訟

(介護給付費・訓練等給付費の場合)

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に三重県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。

(1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。

(2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。

(3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

(施設訓練等支援費の場合)

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対し意義申し立てをすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)提起することができます。

問い合わせ先 伊勢市福祉健康部障害福祉課

住所 伊勢市岩淵1丁目7番29号

電話番号 0596-21-5558

(特例介護給付費 特例訓練等給付費)支給申請書

【 年 月分】

(あて先)伊勢市厚生福祉事務所長

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて(特例介護給付費 特例訓練等給付費)の支給を申請します。

フリガナ			受給者証番号			
申請者氏名			⋮	⋮	⋮	⋮
申請者生年月日	年 月 日		⋮	⋮	⋮	⋮
居住地	〒					
	電話番号					
フリガナ		生年月日	年 月 日			
支給決定に係る児童氏名						
特例介護給付費 特例訓練等給付費 請求額			円			

申請書提出者	申請者本人 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		

上記に関する(特例介護給付費 特例訓練等給付費)を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	1 普通	2 当座	3 その他
			口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	⋮	⋮	⋮	⋮
	フリガナ					
口座名義人						

(注意) この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供証明書確認欄	備考

(特例介護給付費 特例訓練等給付費)支給(不支給)決定通知書

第 号  
年 月 日

〒 -  
  
様

伊勢市厚生福祉事務所長 印

先に申請のありました(特例介護給付費 特例訓練等給付費)については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者証番号		申請者氏名	
--------	--	-------	--

受付年月日	平成 年 月 日	決定年月日	平成 年 月 日
(特例介護給付費 特例訓練等給付費)申請額			円
支給決定の内容			
支給	する しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

- ・不服申立て及び取消訴訟  
(介護給付費・訓練等給付費の場合)
- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に三重県知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後(次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。)でなければ提起することができないこととされています。
- (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
- (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
- (3) その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- (施設訓練等支援費の場合)
- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対し意義申し立てをすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として(訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。)、提起することができます。

問い合わせ先 伊勢市福祉健康部障害福祉課  
住所 伊勢市岩淵1丁目7番29号 電話番号 0596-21-5558

年 月 日

(あて先)伊 勢 市 長

同 意 書

私は、障害者自立支援法(平成17年法律第123号、以下「法」という。)の支給認定申請にあたり、私及び世帯を同一にする世帯員の所得及び課税状況、並びに資産の状況等を伊勢市が調査することについて同意します。

記

1 利用目的

法第6条に定める自立支援給付に関する調査

住所 \_\_\_\_\_

(注)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

\_\_\_\_\_ 印

(注) 氏名欄には、申請者及び生計中心者の署名押印をお願いします。





社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請書  
 ( 社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置 )

フリガナ				確認番号		
受給者 ( 対象者 ) 氏名				受給者 証番号		
生 年 月 日		年 月 日生				
住 所		( 〒 - )		電話番号		
		氏 名	生 年 月 日	受給者との関係	生計中心者につけて下さい。	
世帯構成	世帯主					
	世帯員					
<p>( あて先 ) 伊勢市厚生福祉事務所長</p> <p>上記のとおり社会福祉法人等による利用者負担額の軽減対象の確認を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名</p> <p>電話番号</p>						

( 注 ) 1 太線の枠内を記入してください。  
 2 必要書類を添付して申請してください。

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認通知書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

第 号  
年 月 日

〒 -	様
-----	---

伊勢市厚生福祉事務所長 印

社会福祉法人等利用者負担軽減対象確認申請については、下記のとおり決定しましたので通知します。

受給者氏名		受給者証番号	
-------	--	--------	--

決定年月日	年 月 日	決 定 事 項	
1 承認 する	適用年月日	年 月 日	
	有効期限	年 月 日	
	承認内容		
2 承認 しない	理 由		

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 60 日以内に、伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

問い合わせ先 伊勢市福祉健康部障害福祉課

住所 伊勢市岩淵 1 丁目 7 番 29 号  
電話番号 0596-21-5558 問い合わせ先

社会福祉法人等による利用者負担軽減申出書  
(社会福祉法人等による利用者負担の軽減措置)

年 月 日

殿

所在地  
申請者  
名 称  
代表者

印

社会福祉法人等による利用者負担の軽減を下記のとおり実施するので申し出ます。

申 請 者	ふりがな 名 称				
	主たる事務所の所在地	(〒 )			
	連 絡 先	電話番号		FAX	
	代表者の職・氏名	職 名		ふりがな 氏 名	-----
	代 表 者 の 住 所	(〒 )			
軽減実施予定事業所の状況	事業所番号	開始年月日		サービスの種類	同一 管理
	事業所の名称	所在地			
	.....	年 月 日開始			
	.....	年 月 日開始			
	.....	年 月 日開始			
	.....	年 月 日開始			
	.....	年 月 日開始			
	.....	年 月 日開始			
	.....	年 月 日開始			
	.....	年 月 日開始			
	.....	年 月 日開始			

- \* 指定を受けた都道府県知事及び事業所所在地の市町村長へ届け出て下さい。
- \* 「同一管理」欄については、軽減制度同一管理事業所がどの事業所であるのか、記号等を用いてわかるように記載して下さい。

世帯状況・収入・資産等申告書

( あて先 ) 伊勢市厚生福祉事務所長

申告年月日 年 月 日  
 申告者 ( 保護者 ) 住所  
 ( 保護者 ) 氏名

社会福祉法人軽減を申請する場合  
 生計中心者住所  
 " 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 世帯の特例を利用する

	氏名	生年月日	本人との関係	世帯の特例を受ける場合、以下について記入		
				市町村民税の状況		医療保険の状況
				課税・非課税の別	課税の場合、税制上、障害者の扶養控除の適用の有無	
申請者				課税 非課税	/	健保本人 国保 健保被扶養者 ( 本人 分 )
世帯主				課税 非課税	障害者の扶養控除 有 無	健保本人 国保 健保被扶養者 ( 本人 分 )
世帯員				課税 非課税	障害者の扶養控除 有 無	健保本人 国保 健保被扶養者 ( 本人 分 )
				課税 非課税	障害者の扶養控除 有 無	健保本人 国保 健保被扶養者 ( 本人 分 )

2 申請者の収入の状況について

( 個別減免・補足給付・社会福祉法人軽減を申請しない場合... 、 、 のみ記入 )  
 " 申請する場合... 全て記入

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(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 ) ( )	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 ) ( )	円
	工賃等収入	円
	その他の収入 ( )	円
収入その他	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

3 申請者の資産等について（個別減免・社会福祉法人軽減を申請する場合）

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		一定の親族のための居住用不動産に該当する
			一定の親族のための居住用不動産に該当する
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）

(1) 収入（年収）

種 類	収入額
	円
	円
	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		一定の親族のための居住用不動産に該当する
			一定の親族のための居住用不動産に該当する
その他の資産	有・無		

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外（下の欄に記入）	
フリガナ		申 請 者	
氏 名		との関係	
住 所	〒	電話番号	

（記入上の注意）

1. 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付して下さい。
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して下さい。
3. 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

(高額障害福祉サービス費 高額施設訓練等支援費) 支給申請書

(あて先) 伊勢市厚生福祉事務所長

次のとおり関係書類を添えて(高額障害福祉サービス費 高額施設訓練等支援費)の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											障害者自立支援法 身体障害者福祉法 知的障害者福祉法 介護保険法による受給者又は被保険者の場合				
申請者氏名	印										制度	受給者証番号又は被保険者証番号			
生年月日	年 月 日														
居住地	〒										電話番号				
フリガナ											続柄				
支給決定に係る障害児氏名											生年月日	年 月 日			
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額											申請に係るサービス利用月	年 月分			
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額															
支給決定障害者等	同一世帯に属する他の	氏名									生年月日			障害者自立支援法 身体障害者福祉法 知的障害者福祉法 介護保険法による受給者又は被保険者の場合	
														制度	受給者証番号又は被保険者証番号

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- (注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

高額障害福祉サービス費等を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	フリガナ									
	口座名義人									

申請書提出者	申請者本人	申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			申請者	
氏名			との関係	
住所	〒	電話番号		

（高額障害福祉サービス費 高額施設訓練等支援費）支給(不支給)決定通知書

第 年 月 日 号

〒  
  
様

伊勢市厚生福祉事務所長 印

先に申請のありました給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

支給決定 障害者等氏名		支給の根拠となる制度の受給者証番号 障害者自立支援法 身体障害者福祉法 知的障害者福祉法									
		制度	受給者番号								
支給決定に係る 障害児氏名											

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	年 月分
支給	する しない	支給金額	円
不支給の理由			

支 払 方 法				
窓 口 払		口 座 払		
お持ちいた たくもの	・この通知書 ・受給者証 ・申請書に使用した印鑑	振込先	金融機関	
			口座種目	
支払場所			口座番号	
支払期間	年月日～年月日 月曜から金曜 午前 時～午後 時		口座名義人	

・不服申立て及び取消訴訟

（介護給付費・訓練等給付費の場合）

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に三重県知事に対し審査請求をすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として（訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。）提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
  - 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

（施設訓練等支援費の場合）

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対し意義申し立てをすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に伊勢市を被告として（訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。）提起することができます。

問い合わせ先

伊勢市福祉健康部障害福祉課 住所 伊勢市岩淵1丁目7番29号 電話番号 0596-21-5558

自立支援医療費（更生）支給認定申請書（新規・再認定・変更）							
障害者	フリガナ						生年月日
	受診者氏名		性別	男・女	年齢	歳	年 月 日
	フリガナ					電話番号	
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号				保険者名		
	受診者と同一保険の加入者						
	該当する所得区分 <sup>2</sup>	生保 ・ 低1 ・ 低2 ・ 中間1 ・ 中間2 ・ 一定以上				重度かつ継続 <sup>3</sup>	該当 ・ 非該当
身体障害者手帳番号					受給者番号 <sup>4</sup>		
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		
特定疾病療養受療証		有 ・ 無					
<p>私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 <span style="float: right;">印<sup>5</sup></span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（あて先）伊勢市厚生福祉事務所長</p>							

- 1 新規・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。
- 2 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に をする。
- 3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に をする。
- 4 再認定または変更の方のみ記入。
- 5 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

申請受付年月日		進達年月日		認定年月日	
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		
所得確認書類	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 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（      ）				
前回の受給者番号			今回の受給者番号		
備考					



第 年 月 日 号

通 知 書

申請者

様

伊勢市厚生福祉事務所長 印

障害者自立支援法第 58 条第 1 項の規定による自立支援医療の申請は次により認定されませんでしたので通知します。

理由

1. 所得基準を上回る所得であるため
2. 自立支援医療の対象となる疾病、障害ではないため
3. その他（ ）

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に伊勢市長に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、伊勢市を被告として（訴訟において伊勢市を代表する者は伊勢市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

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			性別
	氏 名			男 ・ 女
	フリガナ			
	住 所			
	被保険者証の記号及び番号		保険者名	
重度かつ継続	該 当 ・ 非 該 当			
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	
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 伊勢市厚生福祉事務所長 印				

自立支援医療受給者証（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	
特定疾病療養受療証	有 ・ 無

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を医療機関窓口にて提出すること。

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		性別
	氏名		男・女
	住所		
自立支援医療費受給者番号			
受給者証の有効期間		年 月 日 から 年 月 日 まで	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後
	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）		
	被保険者証に関する事項 （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			
<p>私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書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。</p> <p>届出者氏名 <span style="float: right;">印</span></p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">（あて先）伊勢市厚生福祉事務所長</p>			

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。

伊勢市障害者介護給付費等の支給に関する審査会規則をここに公布する。

平成 18 年 3 月 31 日

伊勢市長職務代理者

伊勢市助役 阿 形 次 基

## 伊勢市規則第 14 号

### 伊勢市障害者介護給付費等の支給に関する審査会規則

#### (趣旨)

第 1 条 この規則は、障害者自立支援法(平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。)、障害者自立支援法施行令(平成 18 年政令第 10 号。以下「令」という。)及び伊勢市障害者介護給付費等の支給に関する審査会条例(平成 18 年条例第 号。以下「条例」という。)に定めるもののほか、伊勢市障害者介護給付費等の支給に関する審査会(以下「審査会」という。)に関し必要な事項を定めるものとする。

#### (定義)

第 2 条 この規則で使用する用語の意義は、法及び令で使用する用語の意義の例による。

#### (合議体の数)

第 3 条 条例第 1 条に規定する審査会に 2 の合議体を置く。

#### (合議体の委員数)

第 4 条 前条の合議体(以下「合議体」という。)を構成する委員の定数は、5 人とする。ただし、審査会の審査判定の質が維持されるものと市が判断したときは、3 人を下回らない人数で委員の定数を定めることができる。

#### (合議体の長の職務代理)

第 5 条 合議体の長に事故があるとき、又は合議体の長が欠けたときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

#### (庶務)

第 6 条 審査会の庶務は、福祉健康部障害福祉課において処理する。

#### (委任)

第 7 条 この規則に定めるもののほか、審査会の運営に関して必要な事項

は、会長が審査会に諮って定める。

附 則

この規則は平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

伊勢市指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サー

ビス事業者の指定等に関する規則をここに公布する。

平成 18 年 3 月 31 日

伊勢市長職務代理者

伊勢市助役 阿 形 次 基



## 伊勢市規則第 15 号

### 伊勢市指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定等に関する規則

#### (趣旨)

第 1 条 この規則は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）及び介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定地域密着型サービス事業者及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

#### (指定の申請等)

第 2 条 法第 78 条の 2 第 1 項及び第 115 条の 11 第 1 項の規定による申請は、指定地域密着型サービス事業者・指定地域密着型介護予防サービス事業者指定申請書（様式第 1 号）により行うものとする。

2 法第 78 条の 2 第 1 項及び第 115 条の 11 第 1 項の規定により指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

#### (変更の届出等)

第 3 条 法第 78 条の 5 及び第 115 条の 14 の規定による届出は、施行規則第 131 条の 10 第 1 項に掲げる事項の変更に係るものにあつては変更届出書（様式第 2 号）により、事業の廃止、休止又は再開に係るものにあつては廃止・休止・再開届出書（様式第 3 号）により、それぞれ行うものとする。

#### (指定の辞退)

第 4 条 法第 78 条の 7 の規定による指定の辞退は、指定辞退届出書（様式第 4 号）により行うものとする。

#### (事業者情報の提供)

第5条 市長は、前3条の規定による指定又は届出の受理（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、三重県、三重県国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

- (1) 事業者の名称及び所在地
  - (2) 当該事業者の指定の申請者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
  - (3) 指定年月日
  - (4) 事業開始年月日
  - (5) 運営規程
  - (6) 介護保険事業者番号
- （公示）

第6条 法第78条の10及び第115条の18規定による公示は、法第78条の10各号及び第115条の18各号の措置に係る事業者に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業者番号
  - (2) 指定地域密着型サービス事業者又は指定地域密着型介護予防サービス事業者の名称及び所在地
  - (3) 当該事業者の指定の申請者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
  - (4) 指定、指定の辞退、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止の年月日
  - (5) サービスの種類
- （その他）

第7条 この規則に規定するもののほか、指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業者の指定等に関し必要な事

項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

受付番号

指定地域密着型サービス事業者・指定地域密着型介護予防サービス事業者 指定申請書

年 月 日

(あて先)伊勢市長

住所  
(所在地)

申請者 氏名 印  
(名称及び代表者氏名)

介護保険法に規定する事業者に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

事業所所在市町村番号

申 請 者	フリガナ						
	名 称						
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 - ) 県 郡市 (ビルの名称等)				
	連絡先		電話番号		FAX番号		
	法人の種別		法人所轄庁				
	代表者の職名・氏名・生年月日		職名	フリガナ氏名	生年月日		
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所 の 種 類	代表者の住所		(郵便番号 - ) 県 郡市				
	事業所等の所在地		(郵便番号 - ) 県 郡市				
	同一所在地において行う事業の種類			実施事業	指定申請をする事業の事業開始予定年月日	既に指定を受けている事業の指定年月日	備考
	地域密着型サービス	夜間対応型訪問介護					
		認知症対応型通所介護					
		小規模多機能型居宅介護					
		認知症対応型共同生活介護					
		地域密着型特定施設入居者生活介護					
		地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護					
	介護予防サービス	介護予防認知症対応型通所介護					
介護予防小規模多機能型居宅介護							
介護予防認知症対応型共同生活介護							
介護保険事業者番号			(既に指定を受けている場合)				
指定を受けている他市町村名							
医療機関コード等							

備考1 「受付番号」「事業所所在市町村番号」欄には記載しないでください。

2 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記入してください。

3 「法人所轄庁」欄、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載してください。

4 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「 」を記入してください。

5 「指定申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。

6 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。

7 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

8 既に地域密着型サービス事業者の指定を受けている者が、地域密着型介護予防サービス事業者の指定を受ける場合において、届出事項に変更がないときには、「事業所の名称及び所在地」「申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名」「当該申請に係る事業の開始の予定年月日」「当該申請に係る地域密着型介護予防サービス費の請求に関する事項」「欠格事由に該当しないことを誓約する書面」「役員 の氏名、生年月日及び住所」「介護支援専門員の氏名及び登録番号」「その他指定に関し必要と認める事項」を除いて、申請書への記載又は書類の提出を省略できます。また、既に地域密着型介護予防サービス事業者の指定を受けている事業者が、地域密着型サービス事業者の指定を受ける場合においても同様です。

変更届出書

年 月 日

(あて先)伊勢市長

住所  
(所在地)  
事業者 氏名  
(名称及び代表者氏名) 印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業者番号							
指定内容を変更した事業所(施設)		名称							
		所在地							
サービスの種類									
変更があった事項		変更の内容							
1	事業所・施設の名称	(変更前)							
2	事業所・施設の所在地								
3	申請者の名称								
4	主たる事務所の所在地								
5	代表者の氏名、住所及び職名								
6	定款・寄附行為等及びその登録事項証明書又は条例等 (当該事業に関するものに限る。)								
7	事業所・施設の建物の構造、専用区画等								
8	事業所・施設の管理者の氏名及び住所	(変更後)							
9	運営規程								
10	協力医療機関(病院)・協力歯科医療機関								
11	介護老人福祉施設、介護老人保健施設、病院等との連携・支援体制								
12	地域密着型介護サービス費の請求に関する事項								
13	役員の氏名及び住所								
14	本体施設、本体施設との移動経路等								
15	併施設施設の状況等								
変 更 年 月 日		年 月 日							

- 備考 1 該当項目番号に○を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

（あて先）伊勢市長

住所  
（所在地）

事業者 氏名  
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止（休止・再開）する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
休止・廃止・再開の別	休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開								
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日								
休止・廃止した理由									
現にサービス又は支援を受けていた者 に対する措置 （休止・廃止した場合のみ）									
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

指定辞退届出書

年 月 日

(あて先)伊勢市長

住所  
(所在地)  
事業者 氏名  
(名称及び代表者氏名) 印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業者番号							
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								
現に施設に入所している者に対する措置								

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。



伊勢市指定介護予防支援事業者の指定等に関する規則をここに公布する。

平成 18 年 3 月 31 日

伊勢市長職務代理者

伊勢市助役 阿 形 次 基

## 伊勢市規則第 16 号

### 伊勢市指定介護予防支援事業者の指定等に関する規則

#### (趣旨)

第 1 条 この規則は、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）及び介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号。以下「施行規則」という。）に定めるもののほか、指定介護予防支援事業者の指定等に関し必要な事項を定めるものとする。

#### (指定の申請等)

第 2 条 法第 115 条の 20 第 1 項の規定による申請及び法第 115 条の 28 において準用する法第 70 条の 2 の規定による申請は、指定介護予防支援事業者指定（更新）申請書（様式第 1 号）により行うものとする。

2 法第 115 条の 20 第 1 項の規定により指定を受けた者は、その旨を当該指定に係る事業所の見やすい場所に標示するものとする。

#### (変更の届出等)

第 3 条 法第 115 条の 23 の規定による届出は、施行規則第 140 条の 28 第 1 項に掲げる事項の変更に係るものにあつては変更届出書（様式第 2 号）により、事業の廃止、休止、又は再開に係るものにあつては廃止・休止・再開届出書（様式第 3 号）により、それぞれ行うものとする。

#### (事業者情報の提供)

第 4 条 市長は、前 2 条の規定による指定又は届出の受理（以下この条において「指定等」という。）をしたときは、三重県、三重県国民健康保険団体連合会その他の機関に対して、当該指定等に係る事業者に関する情報のうち、次に掲げる事項を提供することができる。

- (1) 事業者の名称及び所在地
- (2) 当該事業者の指定の申請者の名称及び主たる事務所の所在地並びにその代表者の氏名、生年月日、住所及び職名

- (3) 指定年月日及び指定更新年月日並びに指定有効期間満了日
  - (4) 事業開始年月日
  - (5) 運営規程
  - (6) 介護保険事業者番号
  - (7) 管理者の氏名、生年月日及び住所
  - (8) 役員の氏名、生年月日及び住所
  - (9) 介護支援専門員の氏名及びその登録番号
- ( 公示 )

第 5 条 法第 115 条の 27 の規定による公示は、法第 115 条の 27 各号の措置に係る事業者に関する次に掲げる事項について行うものとする。

- (1) 介護保険事業者番号
  - (2) 指定介護予防支援事業者の名称及び所在地
  - (3) 当該事業者の指定の申請者及び主たる事務所の所在地並びに代表者の氏名及び住所
  - (4) 指定、指定の取消し又は指定の全部若しくは一部の効力の停止の年月日
- ( その他 )

第 6 条 この規則に規定するもののほか、指定介護予防支援事業者の指定等に関し必要な事項は、市長が別に定める。

#### 附 則

この規則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

受付番号	
------	--

指定介護予防支援事業者 指定(更新)申請書

年 月 日

(あて先)伊勢市長

住所  
(所在地)

事業者 氏名 印  
(名称及び代表者氏名)

介護保険法に規定する指定介護予防支援事業者に係る指定を受けたいので、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

		事業所所在地市町村番号			
申請者	フリガナ				
	名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 - ) 県 都市			
		(ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号		FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁	
	代表者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ		生年月日
氏名			年 月 日		
代表者の住所	(郵便番号 - ) 県 都市				
	(ビルの名称等)				
事業所等の所在地	(郵便番号 - ) 県 都市				
	(ビルの名称等)				
当該申請に係る事業の開始の予定年月日		年 月 日			
地域包括支援センターの設置年月日(設置している場合に記入)		年 月 日			
現に受けている指定の有効期間満了日(更新申請の場合に記入)		年 月 日			

- 備考1 「受付番号」「事業所所在地市町村番号」欄には記載しないでください。  
 2 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」等の別を記入してください。  
 3 「法人所轄庁」欄、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載してください。

変 更 届 出 書

年 月 日

（あて先）伊勢市長

住所  
（所在地）  
事業者 氏名  
（名称及び代表者氏名）

印

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		介護保険事業者番号							
指定内容を変更した事業所		名称							
		所在地							
変 更 が あ っ た 事 項		変 更 の 内 容							
1	事業者の名称	（変更前）							
2	事業者の所在地								
3	主たる事務所の所在地								
4	代表者の氏名、生年月日及び住所								
5	定款・寄附行為及びその登記事項証明書・条例等（当該事業に関するものに限る。）								
6	事業者の平面図	（変更後）							
7	事業者の管理者の氏名、生年月日及び住所及び経歴								
8	運営規程								
9	当該申請に係る事業に係る介護予防サービス計画費の請求に関する事項								
10	役員の氏名、生年月日及び住所								
11	介護支援専門員の氏名及びその登録番号								
変 更 年 月 日		年 月 日							

- 備考1 該当項目番号に を付してください。  
2 変更内容が分かる書類を添付してください。

様式第3号(第3条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(あて先)伊勢市長

住所  
(所在地)

事業者 氏名 印  
(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号							
廃止(休止・再開)する事業所	名称							
	所在地							
休止・廃止・再開の別	休止 ・ 廃止 ・ 再開							
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日							
休止・廃止した理由								
現に介護予防支援を受けていた者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)								
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日							

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。

伊勢市神社海の駅条例施行規則をここに公布する。

平成 18 年 3 月 31 日

伊勢市長職務代理者

伊勢市助役 阿 形 次 基

## 伊勢市規則第 17 号

### 伊勢市神社海の駅条例施行規則

#### (趣旨)

第 1 条 この規則は、伊勢市神社海の駅条例（平成 18 年伊勢市条例第号。以下「条例」という。）の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

#### (利用許可の申請)

第 2 条 条例第 7 号の規定により、駅舎の利用の許可を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、伊勢市神社海の駅利用許可申請書（様式第 1 号。以下「利用許可申請書」という。）を指定管理者に提出しなければならない。

2 利用許可申請書は、利用日の 3 箇月前の日から利用日の前日までの期間内に提出しなければならない。ただし、指定管理者がやむを得ない事由があると認めるときは、この限りでない。

#### (利用の許可)

第 3 条 指定管理者は、利用許可申請書を受理したときは、その利用目的及び内容を審査し、適当と認めるときは、伊勢市神社海の駅利用許可書（様式第 2 号。以下「利用許可書」という。）を申請者に交付する。

#### (利用の変更又は取消し)

第 4 条 駅舎の利用の許可を受けた者（以下「利用者」という。）が、許可を受けた事項を変更しようとするときは、伊勢市神社海の駅利用変更許可申請書（様式第 1 号）に利用許可書を添えて指定管理者に提出し、その許可を受けなければならない。

2 利用者が、利用許可の取消を受けようとするときは、伊勢市神社海の駅利用取消届（様式第 3 号）を指定管理者に提出しなければならない。



い。

- 3 前2項の規定による申請又は届は、当該申請に係る申請書等を使用日の前日までに提出して行わなければならない。
- 4 指定管理者は、第1項の規定による申請書を受理し、正当な理由があると認めるときは、伊勢市神社海の駅利用変更許可書(様式第2号)を当該申請書を提出した者に交付する。

(利用時間)

第5条 利用者が駅舎を利用することができる時間は、許可を受けた時間(次項において「利用時間」という。)内とし、準備し、及び原状に回復するために要する時間を含めたものとする。

- 2 利用時間の延長は、駅舎の利用開始後はこれを認めない。ただし、駅舎の事業の運営上又は管理上支障がないと指定管理者が認めるときは、この限りでない。

(利用料金の減免)

第6条 条例第11条の規定により、利用料金を減免することができる場合は、次のとおりとする。

- (1) 市が市の事業として利用する場合
- (2) その他指定管理者が特に必要があると認められた場合

- 2 利用料金の減免を受けようとする者は、伊勢市神社海の駅利用料金減免申請書(様式第4号)を指定管理者に提出しなければならない。

(利用料金の還付)

第7条 条例第12条のただし書の規定により、利用料金の還付を行うことのできる場合及び還付額は、次のとおりとする。

- (1) 利用者の責に帰さない事由により利用できなかった場合 既納利用料金の全額
- (2) 利用者が利用を開始する前日までに利用の取消しの申し出をし、

指定管理者が許可した場合 既納利用料金の半額

(3) 利用者が利用の変更を許可された場合において既納利用料金に過納金が生じた場合 過納金の全額

(4) その他指定管理者がやむを得ない理由により利用ができないと認められた場合 指定管理者が市長の承認を得て定める額

(利用前後の点検)

第8条 利用者は、駅舎の利用前及び利用後に駅舎を管理する係員(以下「係員」という。)立会いのもとに建物、設備及び器具の点検をしなければならない。

(損傷等の届出)

第9条 利用者その他駅舎を利用する者は、駅舎の施設又は附属設備を損傷し、又は滅失したときは、伊勢市神社海の駅施設等損傷(滅失)届(様式第5号)を市長に提出しなければならない。

(遵守事項)

第10条 利用者は、次の各号に掲げる事項を遵守しなければならない。

- (1) 許可された以外の施設及び設備、器具を利用しないこと。
- (2) 許可を受けずに、物品等の展示若しくは販売をし、又は募金等の行為をしないこと。
- (3) 壁、柱又は窓等にはり紙し、又はくぎ類を打ち込まないこと。
- (4) 指定場所以外で火気を利用しないこと。
- (5) 危険物又は不潔物を持ち込まないこと。
- (6) 喫煙場所以外で、喫煙しないこと。
- (7) 騒音、怒声等を発し、又は暴力を用いるなど他人に迷惑をおよぼす行為をしないこと。
- (8) 指定管理者の指示に従うこと。

(利用等の打ち合わせ)

第 11 条 利用者は、駅舎の利用について、事前に係員と利用方法その他必要な事項についての打合せをしなければならない。

(責任者の設置)

第 12 条 利用者は、利用する施設(階段、通路など付属物を含む。)内の秩序を保持するため、必要な責任者を置かなければならない。

(係員の立入り)

第 13 条 利用者は、係員が職務遂行のため利用中の場所に立ち入ることを拒むことができない。

(その他)

第 14 条 この規則に定めるもののほか、駅舎の管理に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。

(指定管理者による管理の特例)

2 この規則施行後最初の指定管理者が指定され駅舎の管理を開始するまでの間、市長が駅舎を管理するものとする。

様式第1号(第2条、第4条関係)

伊勢市神社海の駅(利用・利用変更)許可申請書

年 月 日

(あて先)指定管理者

(〒 )  
住 所  
申請者 団体名  
氏名(代表者)  
電 話

次のとおり伊勢市神社海の駅を 利 用 したいので申請します。  
利用変更

利 用 日 時	年 月 日( 曜)午 <sup>前</sup> 後 時 分から
	年 月 日( 曜)午 <sup>前</sup> 後 時 分まで
行 事 名	
利 用 目 的	
利用予定人員	対象者
利用責任者の住所及び氏名	
利用する施設	
持込器具等	
入場料等の徴収	有( 円) 無

次の欄は、記入しないでください。

利 用 料 金	円
許 可 条 件 等	

様式第2号(第3条、第4条関係)

(表)

神社海駅許可第 号

伊勢市神社海の駅(利用・利用変更)許可書

(氏 名) 様

年 月 日付けで申請のあった伊勢市神社海の駅の  
利用  
利用変更 について、次のとおり許可します。

年 月 日

指定管理者 印

利 用 日 時	年 月 日 ( 曜 ) 午 前 時 分 から 年 月 日 ( 曜 ) 午 後 時 分 まで
行 事 名	
利 用 目 的	
利 用 予 定 人 員	人 対象者
利 用 責 任 者 の 住 所 及 び 氏 名	
利 用 す る 施 設	
持 込 器 具 等	
入 場 料 等 の 徴 収	有 ( 円 ) 無
許 可 条 件 等	

利用上の注意については、裏面を御覧ください。

(裏)

利 用 者 心 得

- 1 利用開始の前には、許可書を事務室へ提出してください。
- 2 許可なくして所定の場所以外で飲食し、喫煙し、又は火気を使用しないでください。
- 3 許可を受けた施設以外のものを使用しないでください。
- 4 許可なくして所定の場所以外へ立ち入らないでください。
- 5 施設、設備器具等を損傷し、又は滅失したときは、直ちに事務室へ連絡してください。
- 6 非常時に備えて、利用責任者の方は、非常口の場所、誘導方法等をあらかじめ確認してください。
- 7 利用を終わったときは、係員に連絡してください。
- 8 その他係員の指示に従ってください。

様式第3号(第4条関係)

伊勢市神社海の駅利用許可取消届

年 月 日

(あて先) 指定管理者

(〒 )

住 所

申請者 団体名

氏名(代表者)

電 話

次のとおり神社海の駅の利用許可の取消しを受けたいので、許可書を添えて届け出ます。

取消しに係る 利用日時	年 月 日( 曜) 午 前 時 分から 年 月 日( 曜) 午 後 時 分まで
取消しに係る 行事名	
取消しに係る 施設	
利用許可年月日 及び許可番号	年 月 日 号 神社海駅許可第 号
取消しを受けよ うとする理由	

様式第4号(第6条関係)

伊勢市神社海の駅利用料金減免申請書

年 月 日

(あて先) 指定管理者

(〒 )  
住 所  
申請者 団体名  
氏名(代表者)  
電 話

次のとおり伊勢市神社海の駅利用料金の減額免除を受けたいので申請します。

利 用 日 時	年 月 日 ( 曜 ) 午 前 後 時 分 から 年 月 日 ( 曜 ) 午 前 後 時 分 まで
行 事 名	
利 用 目 的	
利 用 す る 施 設	
減 免 申 請 の 理 由	

次の欄は、記入しないでください。

利 用 料 金	減 免 率	減 免 金 額	差 引 利 用 料 金	備 考
円	%	円	円	

第5号様式(第9条関係)



伊勢市神社海の駅施設等損傷（滅失）届

年 月 日

（あて先）伊勢市長

住 所  
氏 名  
（使用責任者）  
連絡先電話

次のとおり伊勢市神社海の駅施設等を損傷（滅失）したので届け出ます。

利用許可年月日及び許可番号	年 月 日 神社海駅許可第 号
利用目的	（名 称） （目的・内容）
損傷（滅失）の日時	年 月 日（ ） 時 分 頃
損傷（滅失）した施設等の箇所及び程度	
損傷（滅失）の原因及び状況	

届出番号	損害査定額
	円

注 印の欄は記入しないでください。

伊勢市福祉医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則を

ここに公布する。

平成 18 年 3 月 31 日

伊勢市長職務代理者

伊勢市助役 阿 形 次 基

## 伊勢市規則第 18 号

伊勢市福祉医療費の助成に関する条例施行規則の一部を改正する規則

伊勢市福祉医療費の助成に関する条例施行規則(平成 17 年伊勢市規則第 58 号)の一部を次のように改正する。

附則に次の一項を加える。

- 4 平成 18 年 4 月 1 日から平成 18 年 8 月 31 日までの診療にかかる医療費の助成については、伊勢市福祉医療費の助成に関する条例施行規則第 3 条第 1 項第 3 号中「児童手当法施行令」とあるのは「児童手当法施行令の一部を改正する政令(平成 18 年政令第 155 号)による改正前の児童手当法施行令」と読み替えるものとする。

附 則

この規則は、平成 18 年 4 月 1 日から施行する。