

平成18年10月から新しい制度が始まります。

(知的障害児施設)

障害児施設は、措置から契約方式(障害児施設給付費)に変わります。

●主な変更点

1 措置から契約方式に変わります。

平成18年10月から保護者(18歳以上の場合は、本人)が施設と入所契約を結んで、入所サービスを受けていただくこととなります。

2 支給申請が必要となります。

入所サービスを受けるためには施設と入所契約を結ぶ必要があります。入所契約を結ぶためには、子ども家庭相談センターへ障害児施設給付費の支給申請書を提出し、支給決定を受ける必要があります。

3 利用者負担が変わります。

利用者負担金の支払先が施設へと変わります。また、利用者負担の算定方法が次のように変わります。

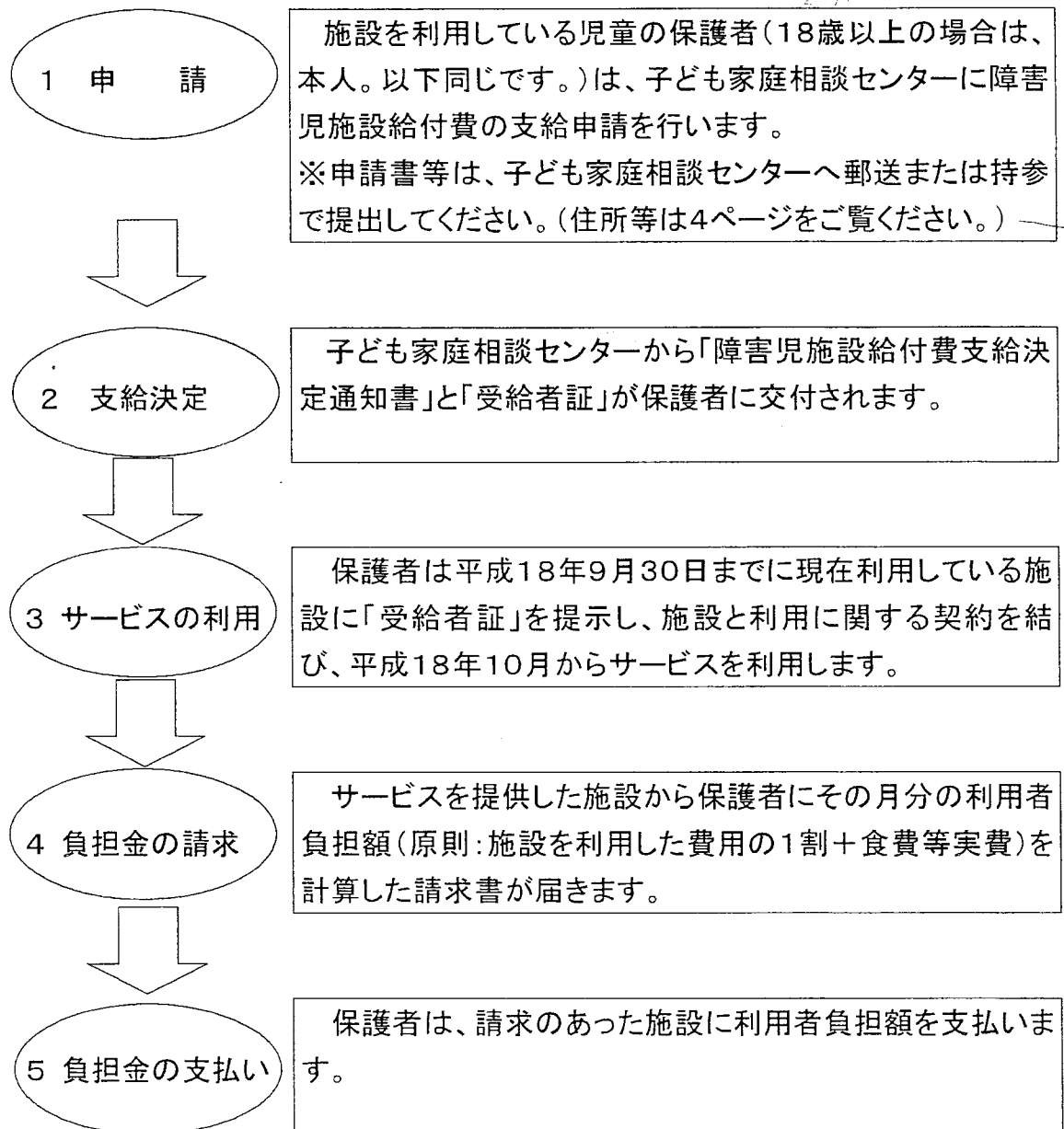
- ① 施設を利用する費用の定率(1割)を負担することになります。
- ② 施設を利用する費用とは別に、食費等の実費を負担することになります。
- ③ 所得によって1ヶ月に支払う金額の上限を定めるなどの軽減制度があります。

※ 詳細は、3ページ以降をご覧ください。

●サービス利用の流れ

本日、お渡しする申請書等の書類に必要事項を記入していただき、必要な添付書類とともに子ども家庭相談センターへ提出していただきます。

その後の基本的な手続きの流れは、次のようになります。

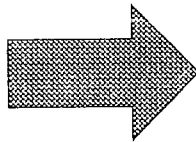


●利用者負担について

◎ 負担額の概算(20歳未満)

平均事業費約18.6万円

| (現 行[措置制度]) | | 合 計 |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------|
| 一 般 (所得割2万円以上) | 市町村民税課税世帯で、所得割2万円以上の世帯 | 9,000円 ~全額 |
| 一 般 (所得割2万円未満) | 市町村民税課税世帯で、所得割2万円未満の世帯 | 4,500円/ 6,600円 |
| 低所得2 | 市町村民税非課税世帯で低所得 ¹ 以外である場合 | 2,200円 |
| 低所得1 | 市町村民税非課税世帯で生計中心者等の収入が80万円以下である場合 | 2,200円 |



| 合 計 | 定率負担部分 | 食費・光熱水費 |
|----------------------|----------------------|---------|
| 45,000円 | 18,600円 | 26,400円 |
| 19,600円 | 18,600円 | 1,000円 |
| 19,600円 【13,300円】 | 18,600円 【12,300円】 | 1,000円 |
| 16,000円 【8,500円】 | 15,000円 【7,500円】 | 1,000円 |

【 】は社会福祉法人減免後の額

※18歳未満の場合の負担額概算、18・19歳の場合上記合計額に約9,000円をたした額が負担額になります。

医療費については、所得の状況や障害の程度によっては、市町が実施している医療費助成制度(福祉医療)を利用できる場合があります。

この医療費助成制度を受けるためには施設を利用する本人の住民票が所在する市町役場への申請が必要となりますので、詳細をお住まいの市町役場にお問い合わせのうえ、10月までに申請手続きを行ってください。

養護学校等に通学されている児童については、教育費(見学旅行費、学校給食費等)が通学されている学校から助成される制度があります。

この教育費助成制度を受けるためには通学されている学校への申請が必要となりますので、詳細を児童が通学している学校にお問い合わせのうえ、10月までに申請手続きを行ってください。

●申請時に必要な書類

- ・支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書(様式1-2)
- ・世帯状況・収入・資産等申告書(様式11-2)
- ・世帯全員の住民票記載事項証明書(市町村役場で発行されます。)
- ・生活保護世帯→生活保護世帯の証明書
生活保護世帯以外→世帯全員の市町村民税課税証明書
(市町村役場で発行されます。)

●社会福祉法人軽減を希望する場合に必要な書類(市町村民税非課税世帯のみ)

上記の書類に加え、下記の書類が必要です。

- ・生計中心者の主とする預貯金通帳の写し(児童が18・19歳の場合は本人の預貯金通帳の写しも必要です。)
- ・生計中心者名義の固定資産がある場合には市町村の固定資産税通知書および家族・親族が居住していることがわかるもの(住民票記載事項証明書等)
(児童が18・19歳の場合でその児童名義の固定資産がある場合はその分についても上記書類が必要です。)

○申請書等の提出先、障害児施設の利用・相談に関するお問い合わせ

| 問い合わせ先 | 対象地域 |
|---|---|
| 滋賀県中央子ども家庭相談センター 〒525-0072 草津市笠山七丁目4-45 電話 077-562-1121 | 大津市、草津市、守山市、栗東市、甲賀市、野洲市、湖南市、高島市 |
| 滋賀県彦根子ども家庭相談センター 〒522-0043 彦根市小泉町932-1 電話 0749-24-3741 | 蒲生郡、愛知郡、犬上郡、東浅井郡、伊香郡、彦根市、長浜市、近江八幡市、東近江市、米原市 |

○制度に関するお問い合わせ先

滋賀県健康福祉部障害者自立支援課企画調整担当
〒520-8577 大津市京町四丁目1-1
電話 077-528-3541(直通)

(障害児施設給付費 障害児施設医療費) 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

滋賀県知事様

次のとおり申請します
なお、利用者負担上限
意します。

支給申請に係る児童が平成18年10月1日現在18・19歳の場合は、申請者は本人になり、18歳未満の場合は保護者が申請者になります。

の状況等について調査することに同意

年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

| | | | | | |
|-------------|------------|--------|--|-------------------------------|-----------|
| 申請者 | フリガナ | シガ | | 年〇〇月〇〇日 | |
| | 氏名 | 滋賀 | 申請者が本人の場合(18・19歳)は現に生活する施設名と住所を記入してください。申請者が保護者の場合は保護者の住所です。 | | 年〇〇月〇〇日 |
| | 居住地 | 〒52 | 大津市 | | |
| | フリガナ | シガ | ハナコ | 生年月日 | 昭 |
| 支給申請に係る児童氏名 | 滋賀 | 花子 | 続柄 | 申請者と児童の続柄を記入してください。(例:子、孫、妹等) | |
| 身体障害者手帳番号 | 滋賀県第〇〇〇〇〇号 | 療育手帳番号 | 滋賀県第〇〇〇〇〇号 | 精神障害者保健福祉手帳番号 | 滋賀県第〇〇〇〇号 |

※医療型施設を希望する場合は、「保険者番号、名称」欄および「被保険者証の記号、番号等」欄を記入してください。

| | | | |
|-----------------|----|--|----------------|
| 加入している保険証の保険者番号 | 〇〇 | 医療型施設とは、肢体不自由児(通園)施設、第1種自閉症児施設、重症心身障害児施設、指定医療機関です。 | 社会保険事務局(〇〇事務所) |
| 記号 | 〇〇 | | 滋賀 太郎 |

| | | | |
|-----------------|----------------------|--|---|
| 申請するサービスの種類等 | 申請する支援の種類・申請に係る具体的内容 | 該当する欄にチェック | |
| | 児童施設給付費 | <input type="checkbox"/> 知的障害児施設 <input type="checkbox"/> 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"/> (第1種・第2種)自閉症児施設 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設 <input checked="" type="checkbox"/> 指定医療機関 |
| | 利用希望する施設名 | 〇〇〇〇園 | |
| | 障害福祉サービス(居宅サービス) | 利用中のサービス | 現在利用中の施設を10月以降も引き続き利用する場合は、同じ施設名を記入します。 |
| 障害児施設支援(施設サービス) | 利用中の施設名 | 〇〇〇〇園 | |

利用 該当するものにチェック

本人が属する世帯で判断してください。世帯が非課税世帯の場合で本人が 18・19 歳の場合は、2 か 3 かは本人の収入で判断し、本人が 18 歳未満の場合は生計中心者の収入で判断します。所得割 2 万円未満かは世帯の市町村民税を合算した額で判断してください。

してください。)

■ 負担上限
下記の
(あてはまる)

- 1. 生活保護受給者
- ② 市町村民税非課税世帯に属するもの
- 3. 市町村民税非課税世帯に属するもの
- 4. 市町村民税課税世帯に属するもの

世帯が市町村民税課税世帯で所得割 2 万円以上の収入の合計額が 80 万円以上の場合は、いずれにも該当しませんので、記入する必要はありません。

申請する減免の種類

【次の障害児施設（福祉型施設）入所（知的障害児施設・肢体不自由児療護施設）

特定入所障害児食費等給付費
障害児施設入所のため
(年齢 歳)

補足給付の額が変わってきますので、必ず本人の年齢（平成 18 年 10 月 1 日現在）を記入してください。

【次の障害児施設（医療型施設）入所の方のみ記入してください。】
(第 1 種自閉症児施設・肢体不自由児施設重症心身障害児)

■ 医療型個別減免に関する認定
障害児施設入所のため、医療型
(年齢 16 歳)

医療型個別減免の額が変わってきますので、必ず本人の年齢（平成 18 年 10 月 1 日現在）を記入してください。

不自由児・

■ 社会福祉法人等軽減制度に関する認定（申請者及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者が一定の不動産以外の固定資産を有さず、1、2、3 のいずれにも該当する場合のみ対象となります。）
下記のいずれにもあてはまるため、社会福祉法人等による利用者負担の軽減を申請します。

- 1. 市町村民税非課税世帯であること。
- 2. 収入基準額が単身世帯で 150 万円（以降、世帯員が 1 人増えるごとに 50 万円加算）以下であること。
- 3. 預貯金等の額が単身世帯で 350 万円（以降、世帯員が 1 人増えるごとに 100 万円加算）以下であること。

生活保護への移行予防措置

生活保護への移行予防措置

この欄は記入しないでください。10 月以降、利用者負担額が確定した後に市町（生活保護担当窓口）にご相談ください。

* 福祉事務所が発行する措置

※ 上記申請内容を確認でき

どちらかにチェックします。

世帯・収入資産等申告書等) を添付してください。

| | |
|--------|---|
| 申請書提出者 | ■ 申請者本人 □ 申請者本人 |
| フリガナ | 申請者以外の方が提出する場合に記入してください。申請書提出者は基本的に保護者（18・19 歳は本人）ですが、やむを得ない理由があれば代理の方でも可能です。 |
| 氏名 | |
| 住所 | |

世帯状況は住民票で、収入は市町村民税課税証明書で、資産状況は通帳の写し等で確認できます。ただし、18・19 歳の場合で世帯が市町村民税非課税の場合は本人の収入で所得区分が決まりますので、本人の市町村民税課税証明書も必要です。

電話番号

世帯状況・収入・資産等申告書

滋賀 本人が18歳未満の場合は保護者が申告者ですが、18・19歳の場合は申告者が本人となります。

保護者で収入の多い方が生計中心者です。

申告年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日
申告者(保護者)住所 大津市京町四丁目1-1
(保護者)氏名 滋賀 太郎(印)

※社会福祉法人軽減を申請する場合
生計中心者住所 大津市京町四丁目1-1
生計中心者氏名 滋賀 太郎

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 ※住民票と異なる場合は以下に記入してください。

| 氏名 | 生年月日 | 支給申請に係る児童との関係 |
|----|------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

この欄は、世帯の構成が住民票と異なる場合のみ記入します。

2 申請者の収入の状況について

社会福祉法人軽減を申請しない場合・・・①②③のみ記入してください。
社会福祉法人軽減を申請する場合・・・①②③④⑤⑥⑦⑧⑨⑩⑪⑫⑬⑭⑮⑯⑰⑱⑲⑳㉑㉒㉓㉔㉕㉖㉗㉘㉙㉚㉛㉜㉝㉞㉟㊱㊲㊳㊴㊵㊶㊷㊸㊹㊺

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額 円 ①

市町村民税課税対象額を記入します。

(2) 収入等の状況

収入(A)(年収)

該当するものすべてに○をしてください。

| 区分 | 種 | 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 |

※利用者が18、19歳の場合に上記に本人の状況を記入してください。

(裏面に続く)

3 社会福祉法人軽減を申請する場合

(1) 生計中心者の資産等に

| 種類 | 有無 | 内容 | 備考 |
|--------------|--|--|--|
| 生計中心者名義の預貯金等 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | 金額を記入します。 1, 2 3 4, 5 6 7 円 | 有の場合、どちらかにチェックします。 |
| 生計中心者名義の不動産等 | <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無 | 土地〇㎡ (〇〇市、〇〇町〇番地) 家屋〇㎡ (〇〇市、〇〇町〇番地) 等を記入します。 | <input checked="" type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する <input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当しない |
| その他の資産 | 有・ <input type="checkbox"/> 無 | | |

(2) 障害者本人の資産等について (支給申請に係る児童が18歳、19歳の場合のみ記入してください。)

| 種類 | 有無 | 内容 | 備考 |
|-----------|-----|----|---|
| 本人名義の預貯金等 | 有・無 | | |
| 本人名義の不動産等 | 有・無 | | <input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当する <input type="checkbox"/> 一定の親族のための居住用不動産に該当しない |
| その他の資産 | 有・無 | | |

どちらかにチェックします。

4

| | | |
|--------|---|------|
| 申告書提出者 | <input checked="" type="checkbox"/> 申告者(保護者) <input type="checkbox"/> 申告者本人以外 (下の欄に記入してください。) | |
| フリガナ | | |
| 氏名 | 申請者以外の方が提出する場合に記入してください。 申請書提出者は基本的に保護者(18・19歳は本人)の方ですが、やむを得ない理由があれば代理の方でも可能です。 | |
| 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、この申告書に添付してください。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。
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。

(障害児施設給付費 障害児施設医療費) 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

滋 賀 県 知 事 様

次のとおり申請します。

なお、利用者負担上限月額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。

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 | | | |
| 支給申請に係る 児 童 氏 名 | フリガナ | | 生年月日 | 昭和・平成 | 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 | |

※医療型施設を希望する場合は、「保険者番号、名称」欄および「被保険者証の記号、番号等」欄を記入してください。

| | | | |
|---------------------|----|-------|--|
| 加入している 保険証の保険者番号 | | 保険者名称 | |
| 記号 | 番号 | 被保険者名 | |

| | | | | | |
|--------------|-------------------|------------------------------------|--|---|-------------------------------------|
| 申請するサービスの種類等 | 障害児施設給付費 | 申請する支援の種類・申請に係る具体的内容 | | | |
| | | 種 | <input type="checkbox"/> 知的障害児施設 | <input type="checkbox"/> (第1種 ・ 第2種) 自閉症児施設 | <input type="checkbox"/> 知的障害児通園施設 |
| | | 類 | <input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設 (入所 ・ 通所) | <input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設 | <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通園施設 |
| | | <input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設 | <input type="checkbox"/> 指定医療機関 (肢体不自由児・重症心身障害児) | <input type="checkbox"/> | |
| | | 利用希望する施設名 | | | |
| | 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、内容等 | | | |
| | 障害児施設支援 (施設サービス) | 利用中の施設名等 | | | |

利用者負担額の軽減措置

| | |
|---|--|
| 申 請 す る 減 免 の 種 類 | <input type="checkbox"/> 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (あてはまるものに○をつけてください。いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。) |
| | 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に属する者であって、市町村民税額(所得割)が2万円未満のもの |
| | 【次の障害児施設(福祉型施設)入所の方のみ記入してください。】 (知的障害児施設・肢体不自由児療護施設等) |
| | <input type="checkbox"/> 特定入所障害児食費等給付費(補足給付)に関する認定 障害児施設入所のため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。 (年齢 歳) |
| | 【次の障害児施設(医療型施設)入所の方のみ記入してください。】 (第1種自閉症児施設・肢体不自由児施設(入所)・重症心身障害児施設・指定医療機関(肢体不自由児・重症心身障害児)) |
| | <input type="checkbox"/> 医療型個別減免に関する認定 障害児施設入所のため、医療型個別減免を申請します。 (年齢 歳) |
| <input type="checkbox"/> 社会福祉法人等軽減制度に関する認定 (申請者及び申請者の属する世帯の主たる生計維持者が一定の不動産以外の固定資産を有さず、1、2、3のいずれにも該当する場合のみ対象となります。) 下記のいずれにもあてはまるため、社会福祉法人等による利用者負担の軽減を申請します。 | |
| 1. 市町村民税非課税世帯であること。 2. 収入基準額が単身世帯で150万円(以降、世帯員が1人増えるごとに50万円加算)以下であること。 3. 預貯金等の額が単身世帯で350万円(以降、世帯員が1人増えるごとに100万円加算)以下であること。 | |
| <input type="checkbox"/> 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。 | |

※ 上記申請内容を確認できる書類(世帯状況・収入資産等申告書等)を添付してください。

| | | | |
|--------|---|-------|--|
| 申請書提出者 | <input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入してください。) | | |
| フリガナ | | 申 請 者 | |
| 氏 名 | | との関係 | |
| 住 所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |

世帯状況・収入・資産等申告書

滋賀県知事様

申告年月日 平成 年 月 日

申告者(保護者)住所

(保護者)氏名

(印)

※社会福祉法人軽減を申請する場合
生計中心者住所
生計中心者氏名

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 ※住民票と異なる場合は以下に記入してください。

| 氏名 | 生年月日 | 支給申請に係る児童との関係 |
|----|------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

2 申請者の収入の状況について

社会福祉法人軽減を申請しない場合・・・①、②、③のみ記入してください。

社会福祉法人軽減を申請する場合・・・全て記入してください。

(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 |

※利用者が18、19歳の場合に上記に本人の状況を記入してください。

(裏面に続く)

3 社会福祉法人軽減を申請する場合

(1) 生計中心者の資産等について

| 種 類 | 有無 | 内 容 | |
|------------------|-----|-----|--|
| 生計中心者名義の 預貯金等 | 有・無 | 円 | |
| 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 住用不動産に該当する |
| | | | <input type="checkbox"/> 一定の親族のための居 住用不動産に該当しない |
| その他の資産 | 有・無 | | |

(2) 障害者本人の資産等について (支給申請に係る児童が18歳、19歳の場合のみ記入してください。)

| 種 類 | 有無 | 内 容 | |
|-----------|-----|-----|--|
| 本人名義の預貯金等 | 有・無 | 円 | |
| 本人名義の不動産等 | 有・無 | | <input type="checkbox"/> 一定の親族のための居 住用不動産に該当する |
| | | | <input type="checkbox"/> 一定の親族のための居 住用不動産に該当しない |
| その他の資産 | 有・無 | | |

4

| | | |
|--------|---------------------------------------|-------------|
| 申告書提出者 | □申告者(保護者) □申告者本人以外 (下の欄に記入してください。) | |
| フリガナ | | 申告者 との関係 |
| 氏 名 | | |
| 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、この申告書に添付してください。
2. 書ききれない場合は、余白に記入するか別紙に記入の上添付してください。
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。