

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給事務取扱要領

(趣旨)

第1条 この要領は、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給事業実施要綱による新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給事業の実施に必要な事項を定めるものとする。

(支給申請)

第2条 介護見舞金の支給を受けようとする保護者（以下「申請者」という。）は、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給申請書（別記様式第1号）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。

- (1) 介護の対象となる障がい者（以下「障がい者」という。）が所持する療育手帳の写し
- (2) 障がい者が所持する身体障害者手帳の写し
- (3) 所得状況届（別記様式第2号）
- (4) 所得状況届に記載した所得額について、市町村長の証明（市町村長の発行する所得証明書等）
- (5) 申請者の世帯全員分の住民票
- (6) その他市長が必要と認めるもの

2 前項の規定にかかわらず、同項の申請書に添えて提出する住民票及び所得証明書により明らかにすべき事項について市長が公簿等により確認を行うことに同意した手当の支給を受けようとする者は、住民票及び所得証明書の提出を省略することができる。

(支給決定)

第3条 市長は、支給を決定したときは新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給決定通知書（別記様式第3号）、支給申請を却下したときは新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給申請却下通知書（別記様式第4号）により申請者に通知しなければならない。

(支給期間)

第4条 介護見舞金は、支給申請があった日の属する月の翌月から支給する。

- 2 障がい者が次の各号に該当したときは、その事実の生じた日の属する月で支給が終了する。
- (1) 障がい者が死亡したとき。
 - (2) 障がい者が施設等に入所したとき。（ただし、肢体不自由児施設への母子入所を除く。）
 - (3) 障がい者が新潟市外へ転出したとき。
 - (4) 障がい者の障がいの程度が軽減したとき。

(介護見舞金の返還)

第5条 前条第2項に掲げる事項に該当したにもかかわらず、介護見舞金の支給を受けていたときは、介護見舞金を返還させることができる。

(介護見舞金の支払)

第6条 介護見舞金は、要綱に定める支給日に、その日の属する月までの過去4か月分を原則として受給者名義の金融機関口座に振込むことにより支払うものとする。ただし、前支払期月に支払うべきであった介護見舞金又は支給すべき理由が消滅した場合におけるその期の介護見舞金は、その支払期月でない月であっても、支払うことができる。

2 支給日が金融機関の休日に当たる場合は、その前日を支給日とする。

(現況届)

第7条 受給者は、毎年8月11日から9月10日までの間に、現況届（別記様式第5号）及び現況届に記載した所得額についての市町村長の証明（市町村長の発行する所得証明書等）を提出しなければならない。

- 2 前項の規定にかかわらず、同項の現況届に添えて提出する所得証明書等により明らかにすべき事項について市長が公簿等により確認を行うことに同意する者は、所得証明書等の提出を省略することができる。

(支給の停止)

第8条 市長は、前条第1項に定める現況届の内容を審査のうえ、要綱に定める支給停止要件に該当する受給者については、その年の8月から翌年7月までの1年間、介護見舞金の支給を停止するとともに、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給停止通知書（別記様式第6号）により通知しなければならない。

- 2 市長は、前条第1項に定める現況届の内容を審査のうえ、要綱に定める支給停止要件に該当していた受給者が、支給停止要件に該当しなくなったときは、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給停止解除通知書（別記様式第7号）により通知しなければならない。

(資格喪失)

第9条 受給者又は障がい者の保護者は、第4条2項に掲げる事項に該当した場合は、速やかに当該各号に掲げる書類を添えて市長へ届け出なければならない。

- (1) 新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金資格喪失届（別記様式第8号）
- (2) 障がい者が死亡したときは、死亡診断書の写し又は住民票除票又は戸籍抄本
- (3) 障がい者が施設等に入所したときは、入所施設及び入所日が確認できる通知書等の写し

- 2 市長は、前項に掲げる新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金資格喪失届（別記様式第8号）の届出があったときは、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金資格喪失通知書（別記様式第9号）により受給者に通知しなければならない。

- 3 市長は、正当な理由なく第7条に定める現況届を提出しないときは、介護見舞金の受給資格を喪失させ、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金資格喪失通知書（別記様式第9号）により受給者に通知することができる。

(変更)

第10条 受給者若しくは障がい者の住所若しくは氏名等に変更があったとき、又は障がい者の保護者が交代したときは、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金受給者等変更届（別記様式第10号）を市長へ届け出なければならない。

(受給者台帳)

第11条 市長は、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金受給者台帳（別記様式第11号）を整備しなければならない。

(新潟県が実施する在宅重度重複障害者介護見舞金支給事業との連携)

第12条 受給者が新潟市から新潟県内の他市町村へ転出したとき、又は新潟県が実施する在宅重度重複障害者介護見舞金支給事業の受給者が新潟市へ転入したときは、本人の同意を得て、次により取扱うこととする。

- (1) 受給者が新潟市から新潟県内の他市町村へ転出したとき 市長は新潟県に対して、別記様式第12号により受給者台帳の写しを送付する。
- (2) 新潟県が実施する在宅重度重複障害者介護見舞金支給事業の受給者が新潟市へ転入したとき 市長は別記様式第13号により新潟県に受給者台帳の写しの送付を求め、当事業の受給者台帳を整備する。

附 則

この要領は平成19年4月1日から実施する。

附 則

この要領は平成23年8月1日から実施する。

附 則
この要領は平成２８年１月１日から実施する。

附 則
この要領は令和３年４月１日から実施する。

※受付 年 月 日

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給申請書				
支給を受けようとする人（保護者）	(ふりがな)			
	① 氏 名	(個人番号)		
	② 生年月日・年齢	年 月 日	満 歳	
	③ 住所・電話番号	〒 新潟市 電話番号		
介護の対象となる障がい者	(ふりがな)			
	④ 氏 名			
	⑤ 生年月日・年齢	年 月 日	満 歳	
	⑥ 療育手帳（A）の所有状況	番 号	市・町・村 第 号	
		交付年月日	年 月 日	
		次回再判定	年 月 / 再判定なし	
	⑦ 身体障害者手帳の所持状況 (障がい名が3つ以上ある場合は、等級の重いものから順に3つまで記入してください。)	番 号	市・郡・村 第 号	
		障がい名		等級 1級・2級
		交付年月日	年 月 日	
		障がい名		等級 1級・2級
		交付年月日	年 月 日	
		障がい名		等級 1級・2級
交付年月日		年 月 日		
⑧ 他の手当等の受給状況 (現在支給を受けているものがあれば、○をつけてください。)	1. 障がい者が受給しているもの ア 特別障害者手当 イ 障害児福祉手当 ウ 経過的祝福手当 2. 支給を受けようとする保護者が受給しているもの ア 児童扶養手当 イ 特別児童扶養手当 (1級・2級) 3. 支給を受けようとする保護者以外に、障がい者の家族等が受給しているもの (障がい者との続柄：障がい者の) ア 児童扶養手当 イ 特別児童扶養手当 (1級・2級)			
⑨ 振込希望金融機関(保護者名義)	銀行 支店	□普通 □当座 口座番号		
⑩ その他				
※認定・却下	年 月 日 (支給開始月 年 月)	※備考		

- ◎ 裏面もあります。
- ◎ 字はかい書で、はっきり書いてください。
- ◎ ※欄は記入しないでください。

⑪ 介 護 の 状 態	
障がい者の状況 (あてはまるものに○をつけてください。)	食事 ・経管栄養等で摂取している ・全面的に介助が必要 (普通食・きざみ食・ミキサー食・その他) ・一部介助が必要 (スプーンに食物をのせるなど) (普通食・きざみ食・ミキサー食・その他) ・ほとんど介助不要 (普通食・きざみ食・ミキサー食・その他) ・その他 ()
	排泄 ・おむつを使用 (常時・夜間のみ・外出時のみ・その他) ・トイレを使用 (全介助・半介助・自立) ・その他 ()
	着替 ・全面的に介助が必要 (着るとき・脱ぐとき) ・一部介助が必要 (着るとき・脱ぐとき) ・ほとんど介助不要 (着るとき・脱ぐとき) ・その他 ()
	入浴 ・全面的に介助が必要 ・一部介助が必要 ・ほとんど介助不要 ・その他 ()
	夜間 ・夜間も介護が必要 (たん吸引・おむつ交換・その他) ・夜間大きな声をあげる, 泣く, 起き出して動き回ることがある (いつも・月の半分以上・月の半分程度・月の半分以下・ほとんどない) ・おとなしくしているが, 夜間, 長時間にわたり起きていることがある (いつも・月の半分以上・月の半分程度・月の半分以下・ほとんどない) ・特に介護・介助は必要ない
施設等の利用状況 (あてはまるものに○をつけてください。 なお、障がい者が現在施設に入所している場合は、申請することはできません。)	・現在, 施設に入所している 入所している施設の名称 () ・施設に入所したことがある 入所していた施設の名称 () - 入所の期間 (年 月 ～ 年 月) (年 月 ～ 年 月) (年 月 ～ 年 月) ・施設に入所する予定がある (いつごろ:) ・施設に入所を検討している (いつごろ:) ・現在, 病院に入院している 入院している病院の名称 () - 入院の期間 (いつから: 年 月 ～) - 退院の予定 (予定なし・予定あり 年 月ごろ)
上記のとおり相違ありません。 関係書類を添えて、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金の支給の申請をします。 年 月 日 氏名 (宛先) 新 潟 市 長	

別記様式第2号（第2条関係）
○記入にあたっては、必ず右ページの注意事項をお読みください。
○字は楷書で、はっきり記入してください。
○※欄は記入しないでください。

※受付

年

月

日

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金所得状況届				
① 年の所得		②介護の対象となる障がい者 個人番号（ ）	③支給を受けようとする人（保護者） 個人番号（ ）	④その他の扶養義務者 氏名（ ） 障がい者との続柄（ ） 個人番号（ ）
⑤配偶者及び扶養親族の人数		人 (⑥ 人) (⑦ 人)	人 (⑧ 人)	人 (⑧ 人)
⑨所得額		円	円	円
諸 控 除	⑩本人の配偶者及び扶養親族のうち、障害者である人(特別障害者を除く)	人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円
	⑪本人の配偶者及び扶養親族のうち、特別障害者である人	人 ※ 円	人 ※ 円	人 ※ 円
	⑫本人が、障害者・特別障害者・寡婦（寡夫）・寡婦控除の特例対象者・勤労学生かどうか	a 寡婦（寡夫） b 寡婦控除の特例対象者 c 勤労学生 （あてはまるものに○） ※ 円	a 障害者 b 特別障害者 c 寡婦（寡夫） d 寡婦控除の特例対象者 e 勤労学生 （あてはまるものに○） ※ 円	a 障害者 b 特別障害者 c 寡婦（寡夫） d 寡婦控除の特例対象者 e 勤労学生 （あてはまるものに○） ※ 円
	⑬雑損控除（有・無）	円	円	円
	⑭医療費控除（有・無）	円	円	円
	⑮小規模企業共済等掛金控除（有・無）	円	円	円
	⑯配偶者特別控除（有・無）	円	円	円
	⑰社会保険料相当額	円	※ 円	※ 円
	⑱控除後の所得額	※ 円	※ 円	※ 円

上記の通り届け出ます。
受給資格の決定に際し、私及び私の世帯員の所得状況について、市長が確認することに同意します。

年 月 日

氏名

(宛先) 新 潟 市 長

※
審
査

記入にあたって（注意事項）

- 1 ④の欄は、介護の対象となる障がい者の「配偶者、子、父、母、孫、祖父母、その他の直系血族または兄弟姉妹」のうち、介護の対象となる障がい者の生計を維持している人で、③に記入した人よりも所得の多い人がいる場合は、その人について記入してください。
- 2 ⑤の欄は、地方税法に定める控除対象配偶者及び扶養親族の合計数を記入してください。
なお、同法に定める老人控除対象配偶者、老人扶養親族及び特定扶養親族があるときは、その人数を次により（ ）内に再度記入してください。
 - （１） 介護の対象となる障がい者については、⑥に老人控除対象配偶者及び老人扶養親族の合計数を、⑦に特定扶養親族の数を記入してください。
 - （２） 支給を受けようとする人（保護者）及びその他の扶養義務者については、⑧に老人扶養親族の数を記入してください。
- 3 ⑨の欄は、前年（１月から６月までの間に申請をする人の場合は、前々年）の所得について、都道府県民税における次の所得の合計額を記入してください。所得がない場合は、「なし」と記入してください。
 - （１） 総所得金額
 - （２） 退職所得金額
 - （３） 山林所得金額
 - （４） 土地の譲渡等にかかる事業所得等の金額
 - （５） 超短期所有土地等にかかる事業所得等の金額
 - （６） 長期・短期譲渡所得金額の合計額
- 4 ⑩の欄は、⑤の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める障害者である人の数を記入してください。ただし、特別障害者である人は除きます。
- 5 ⑪の欄は、⑤の欄の控除対象配偶者及び扶養親族のうち、地方税法に定める特別障害者である人の数を記入してください。
- 6 ⑫の欄は、②、③または④の欄に掲げる者が、地方税法上に定める特別障害者以外の障害者もしくは特別障害者、寡婦（寡夫）、寡婦控除の特例対象者または勤労学生であるときは、あてはまるものを○で囲んでください。
- 7 ⑬から⑯までの欄は、前年の所得について地方税法上に定める雑損控除、医療費控除、小規模企業共済等掛金控除または配偶者特別控除を受けたときに、あてはまる欄に控除の額を記入してください。
- 8 ⑰の欄は、介護の対象となる障がい者についてのみ、地方税法に定める社会保険料控除を受けたときに、当該控除額を記入してください。
- 9 この所得状況届には、次の書類を添えて提出してください。
 - （１） ⑨の欄の所得証明について、市町村長の証明書
 - （２） ⑩から⑰までの欄に記入した事項について、市町村長の証明書

別記様式第3号（第3条関係）

第 号
年 月 日

新潟市長

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給決定通知書

先に、支給申請のありました新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金については、下記のとおり支給決定しましたので通知します。

記

受 給 者 （ 保 護 者 ） の 氏 名		受給者 番 号	
受 給 者 （ 保 護 者 ） の 住 所			
介護の対象となる障がい者の氏名			
支 給 見 舞 金	月 額	円	
支 給 開 始 年 月	年	月	
支 給 制 限			
そ の 他 連 絡 事 項			

(注意事項)

- 1 新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金は、毎年3、7、11月の年3回、それぞれその月までの過去4か月分を、まとめて支払うこととなっています。

支払いについては、各支払月の25日（金融機関の休業日にあたる場合は、その前日）に、指定された金融機関の口座に振り込みます。

- 2 この新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金の受給にあたっては、毎年8月11日から9月10日の間に、介護の対象となる障がい者、受給者及びその他の扶養義務者について、前年の所得状況などを報告する必要があります。

また、所得の額によっては、その年の8月から翌年の7月まで、1年間支給停止になることがあります。

- 3 次の場合は、14日以内に最寄りの区役所健康福祉課障がい福祉係に届け出てください。

- (1) 保護者がかわったとき。
- (2) 受給者または介護の対象となる障がい者の住所や氏名などがかわったとき。
- (3) 介護の対象となる障がい者が施設に入所したとき。
- (4) 介護の対象となる障がい者が死亡したとき。
- (5) 介護の対象となる障がい者の、障がいの程度が軽減したとき。

別記様式第4号（第3条関係）

第 号
年 月 日

新潟市長

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給申請却下通知書

先に支給申請のありました新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金については、下記のとおり申請を却下しましたので通知します。

記

申請者（保護者）の氏名	
申請者（保護者）の住所	
介護の対象となる障がい者の氏名	
却 下 の 理 由	

受給者番号

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金現況届

（宛先）新潟市長

下記のとおり、届け出ます。

年 月 日

届出人氏名

連絡先電話番号

受給資格者 （保護者）	氏名	住所 〒
----------------	----	------

〔調査事項〕 介護の対象となる障がい者について該当するものにレ印をつけ、（ ）内に必要な事項を記入してください。

☐施設に入所して

☐いない
☐いる →窓口で資格喪失届を提出してください。
(施設名)

☐住所が変わって

☐いない
☐いる (旧住所)
→窓口で変更届の手続きをしてください。

の新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金の支給のために必要があるときは、私及び私の世帯員の住民基本台帳及び所得状況について、市長が関係当局に報告を求めることに同意します。

同一生計人氏名	保護者との続柄	年齢	個人番号	住所
	支給を受ける者（保護者）			
	介護の対象となる障がい者			

- ※ 同意がない場合は、住民票謄本及び住民税課税証明書が必要となります。また同一生計人が市外にお住まいの場合は、住民税課税状況証明書を添付してください。
- ※ 同一生計人とは同居で生計を同一にする人、及び、別居していても現に扶養している人をいいます。

第 号
年 月 日

新潟市長

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給停止通知書

あなたの『新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金』については、下記のとおり支給停止しましたので通知します。

記

受給者（保護者）の氏名		受給者番号	
受給者（保護者）の住所			
介護の対象となる障がい者の氏名			
支給停止の理由	の前年の所得が支給制限に該当するため。		
支給停止の期間	年 月 から 年 月 まで		

※ 上記期間の後については、定時の所得状況届（毎年8月11日から9月10日までの間にあなたが提出する届）に基づき通知いたします。

別記様式第7号（第8条関係）

第 号
年 月 日

新潟市長

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金支給停止解除通知書

あなたの『新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金』については、下記のとおり支給停止を解除しましたので通知します。

記

受給者（保護者）の氏名		受給者番号	
受給者（保護者）の住所			
介護の対象となる障がい者の氏名			
支給停止解除の理由	受給者（保護者）、配偶者及び扶養義務者の前年の所得が支給制限に該当しなかったため。		
支給停止解除の期間	年 月 から 年 月 まで		

別記様式第8号（第9条関係）

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金資格喪失届

年 月 日

（宛先） 新潟市長

届出人 住所
(ふりがな)
氏名
(受給者との続柄)

下記のとおり,新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金を受給資格がなくなりましたので届け出ます。
記

ふ り が な		受給者 番 号	
受給者（保護者）の氏名			
受給者（保護者）の個人番号			
受給者（保護者）の住所			
介護の対象となる障がい者の氏名			
介護の対象となる障がい者の 個 人 番 号			
受給資格がなくな った理由 (いずれかに○を つけてください。)	☐ 新潟市に住所を有しなくなった ☐ 介護の対象となる障がい者が施設に入所した (施設の種類) ☐ 介護の対象となる障がい者が死亡した ☐ 障がいの程度が認定基準に該当しなくなった ☐ その他 ()		
上記の理由が 発生した日	年 月 日		

注（１）当てはまるものにレ印をつけてください。
（２）介護の対象となる障がい者の方が新潟市外に住所を移されたとき、または介護の対象となる障がい者の方が死亡したときは、
そのことが確認できる住民票を添付してください。
（３）介護の対象となる障がい者の方が施設等に入所したときは、入所した施設及び入所した日が確認できる通知書等の写しを添
付してください。

※この欄は記入しないでください。

審 査	確認	☐ 添付書類 ☐ その他 ()	受付年月日 (受付番号)							
	未支払期間	年 月分～ 年 月分	処理	索	台	銀	通知		支払	
	支払金額	円					/		/	

別記様式第9号(第9条関係)

第 号
年 月 日

新潟市長

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金資格喪失通知書

下記のとおり、新潟市在宅重度重複障がい者見舞金の受給資格がなくなりましたので通知します。

記

受給者（保護者）の氏名		受給者 番 号	
受給者（保護者）の住所			
介護の対象となる障がい者の氏名			
受給資格がなくなった理由			
受給資格がなくなった日	年 月 日		

未払いの見舞金 有（ 年 月分）を 月 日に振り込みます。
無

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金変更届

年 月 日

（宛先） 新潟市長

届出人 住所

氏名
（受給者との続柄 ）

下記のとおり、変更しましたので届け出ます。

記

受給者（保護者）の氏名	個人番号（ ）	受給者番号	
介護の対象となる障がい者の氏名	個人番号（ ）		
変更の内容 （あてはまる項目に レ印をつけ、必要事項 を記入してください。）	☐ 受給者（保護者）が変更になった ①変更後の受給者（保護者）の氏名（ ） 変更後の受給者（保護者）の個人番号（ ） ②介護の対象となる障がい者との続柄（障がい者の ） ③変更の理由（ ） 新しい受給者（保護者）の見舞金振込希望金融機関 金融機関 銀行 支店 口座情報 ☐ 普通 ☐ 当座 口座番号		
	☐ 受給者（保護者）または介護の対象となる障がい者の住所が変更になった (変更前の住所) 住所 (変更後の住所及び電話番号) 住所 TEL ☐ 受給者（保護者）または介護の対象となる障がい者の氏名が変更になった ①変更があった方（ 受給者 障がい者 ） ②変更後の氏名（ ）		
変更があった日	年 月 日		

注 1 受給者（保護者）が変更になったときは、新しい受給者（保護者）の方と介護の対象となる障がい者の方との続柄が確認できる戸籍謄本（抄本）または住民票を添付してください。

2 受給者（保護者）の方または介護の対象となる障がい者の方の住所または氏名が変更になったときは、そのことが確認できる戸籍謄本（抄本）または住民票を添付してください。

3 受給者及び介護の対象となる障がい者が、新潟市外へ住所を移された場合は、この届出ではなく、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金資格喪失届を提出してください。

別記様式第 1 1 号 (第 1 1 条関係)

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金受給者台帳					
(実施機関名)					受給者番号
(変 更 後) (※ 年 月 日変更)					
(変 更 後) (※ 年 月 日変更)					
受給者の氏名	(ふりがな)	住所	〒		
	個人番号： 障がい者との続柄(障がい者の)		TEL：		
	(ふりがな)		〒		
	個人番号： 障がい者との続柄(障がい者の) (※ 年 月 日変更)		TEL： (※ 年 月 日変更)		
障がい者の氏名	(ふりがな)	障がい者の状況	・療育手帳 (※Aが必須要件) 手帳番号 () 交付年月日 (年 月 日) 再判定時期 (年 月) (年 月) (年 月)		
	個人番号： (ふりがな)		・身体障がい者手帳 手帳番号 () ・障がい名 () 等 級 (1 級 2 級) 交付年月日 (年 月 日)		
	個人番号： (※ 年 月 日変更)		・障がい名 () 等 級 (1 級 2 級) 交付年月日 (年 月 日) ・障がい名 () 等 級 (1 級 2 級) 交付年月日 (年 月 日) ・障がい名 () 等 級 (1 級 2 級) 交付年月日 (年 月 日)		
	障がい者の生年月日 年 月 日				
障がい者の性別 男 女					
支給決定年月日 年 月 日 (支払開始 年 月分から)					
資格喪失年月日 年 月 日 (支払終期 年 月分まで)					
(理由)					
① 障がい者の施設入所 (施設名)					
② 障がい者の死亡					
③ 障がい者の県外転出 (転出先)					
④ その他 ()					
金融機関名		支店	口座番号 (普通 当座)		
金融機関名 (※ 年 月 日変更)		支店	口座番号 (普通 当座)		
金融機関名 (※ 年 月 日変更)		支店	口座番号 (普通 当座)		

(裏)

[illegible]

別記様式第 1 2 号（第 1 2 条関係）

第 号
年 月 日

新潟県知事 様

新潟市長

新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金受給者の住所地変更に伴う
受給者台帳について（送付）

下記のとおり，新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金受給者が，新潟市から転出したので報告し，当該受給者にかかる関係書類を送付しますので処理願います。

なお当該受給者については，新潟県在宅重度重複障がい害者介護見舞金の支給決定を受けているものとみなし，引き続き貴管轄内において支給を行っていただきますようお願いいたします。

記

受 給 者 （ 保 護 者 ） の 氏 名	
介護の対象となる障がい者の氏名	
受 給 者 （ 保 護 者 ） の 旧 住 所	
受 給 者 （ 保 護 者 ） の 新 住 所	
転 出 年 月 日	年 月 日
送 付 書 類	・ 受給者台帳の写し ・ 現況届（所得状況届）の写し など

別記様式第13号（第12条関係）

第 年 月 日 号

新潟県知事 様

新潟市長

新潟県在宅重度重複障害者介護見舞金受給者の住所地変更に伴う
受給者台帳について（依頼）

下記のとおり、新潟県在宅重度重複障害者介護見舞金受給者が、新潟市へ転入したので報告します。

当該受給者については、新潟市在宅重度重複障がい者介護見舞金の支給決定を受けているものとみなし、引き続き新潟市において支給を行いますので、受給者にかかる関係書類を送付願います。

記

受給者（保護者）の氏名	
介護の対象となる障がい者の氏名	
受給者（保護者）の旧住所	
受給者（保護者）の新住所	
転入年 月 日	年 月 日
送付依頼書類	・ 受給者台帳の写し ・ 現況届（所得状況届）の写し など