新潟市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則及び児童 福祉法施行細則の規定による障がい福祉課に係る様式を定める要綱

第1条 新潟市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則(平成18年3月29日規則第31号)(以下、「者細則」という。)及び新潟市児童福祉法施行細則(平成8年3月1日規則第8号)(以下、「児細則」という。)の規定による障がい福祉課に係る様式は、次の表に掲げるとおりとする。

名称	関係条文	様式番号
障害児通所給付費支給申請書・負担額減	児細則第 22 条の 2	第1号
額・免除等申請書	元神則第 22 余の 2	- 第 1 万
特例障害児通所給付費支給申請書	児細則第 22 条の 3	第2号
障害児支援利用計画案提出依頼書	児細則第 22 条の 4	第3号
障害児通所給付費支給決定通知書兼利用	 児細則第 22 条の 2	第4号
者負担額減額・免除等決定通知書	元神則第 22 余の 2	第4万
障害児通所給付費並びに利用者負担額減	 児細則第 22 条の 2	第5号
額及び免除等について通知書	元神則第22条の2	第 り万
特例障害児通所給付費支給·不支給決定通	 児細則第 22 条の 2	第6号
知書	が	労り方
障害児通所給付費の支給変更申請書兼利	 児細則第 22 条の 5	第7号
用者負担額減額・免除等変更申請書	元 州 京 1 分 2 2 元 マ フ 3	分(ク
障害児通所給付費支給変更決定通知書兼	 児細則第 22 条の 5	第8号
利用者負担額減額・免除等変更決定通知書	75.和原1分 22 未 7 7 0	37 O O
支給決定取消通知書	児細則第 22 条の 6	第9号
障害児通所給付費等に係る申請内容変更	 児細則第 22 条の 2	第 10 号
届出書	万元和原订为 22 木 > 2	37 10 7
通所受給者証再交付申請書	児細則第 22 条の 2	第 11 号
高額障害児通所給付費支給申請書	児細則第 22 条の 7	第 12 号
高額障害児通所給付費支給(不支給)決定	 児細則第 22 条の 7	第 13 号
通知書	75.44.45.137.22 不 4 7 7 1	M 10 7
障害児相談支援給付費支給申請書	児細則第 27 条の 2	第 14 号
障害児相談支援給付費支給 (不支給) 通知	 児細則第 27 条の 2	第 15 号
書	万元和原1分21 未47.2	27 10 7
モニタリング期間変更通知書	児細則第 27 条の 2	第 16 号
障害児相談支援変更届出書	児細則第 27 条の 2	第 17 号
障害児相談支援給付費取消通知書	児細則第 27 条の 2	第 18 号
指定・指定更新・指定変更申請書	者細則第6条、児細則第27条の3	第 19 号
変更届出書	者細則第6条、児細則第27条の3	第 20 号
廃止・休止・再開届出書	者細則第6条、児細則第27条の3	第 21 号

指定辞退届出書	者細則第6条、児細則第27条の3	第 22 号
事業等開始・変更届出書	者細則第6条、児細則第27条の3	第 23 号
事業等廃止・休止・再開届出書	者細則第6条、児細則第27条の3	第 24 号

附則

(施行期日)

この要綱は、令和7年4月1日から施行する。

附則

(施行期日)

この要綱は、令和7年8月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和7年10月1日から施行する。

					(1)							
					通所給付費支 域額・免除等		利用者					
(宛约	先)新潟市	長										
次の	とおり申	請します	•				申請年月日			年	月	目
	フリ	ガナ				生年月日	十.帕一71.口	年	月		71	Н
申請者	氏	名				個人番号						
者	居住	 主地	郵便番号			Ē	 ○ ○					
	フリガ	ナ				生年月日	直話番号	年	 月	日		
支	を給申請に	上係る				続柄						
	がい児氏	:名		I		個人番号		1				
	体障害者 €番号			療育手帳 番号			精神障害者保 福祉手帳番号					
サ			利用中のサ	ーービスの種類	頁と内容等							
ービス	nd ()											
利用	障害福祉サービス											
の状												
況			支援の	種類			申請に	:係る具	具体的F	内容		
	□児童乳	论達支援										
申	□医療型	型児童発達	達支援									
請する支援	□放課後	後等デイ [・]	サービス									
援	□居宅誌	方問型児	童発達支援									
	□保育原	F等訪問 [支援									
備考	該当す	る口にレ	√印を記入し~	てください。								
障害	児支援利	用計画又	(は通所支援詞	計画を作成す	るために必要	があるとき	は、通所支援の	利用に	.関する	5意向軍	徳取の	内容及び図
	.書の全部 意します		『を新潟市かり	5指定障害児	相談支援事業	者、通所支持	爰事業者又は障	害児入	、所施部	设の関(系人に	提示するこ
申請	者氏名											
起	 年	月 [祉 地			食事提			うだい
案 決 裁	-		-			社センター		入。	体制力		の利	
裁	年 ———	月 [3			福		欄	》 当•	非該当	月	・無

	主治医の氏名		医療機関名		
主台		郵便番号			
台医	所在地				
_	<i>,,,</i> – –		康 武:	亚 口	
L			電話	留	
		艮月額に関する認定			
		D区分の適用を申請します。			
		まるものを○で囲んでください。) 護受給世帯			
申	2 市町村	民税非課税世帯に属する者			
請	3 世帯の	市町村民税所得割額の合計が28万円未	満の世帯に属す	る者	
る	□Ⅱ 多子軽減	或措置に関する認定			
請する減免	下記0	D区分の適用を申請します。			
の種		まるものを○で囲んでください。)			
類		こ該当する者 以降に該当する者			
		雙への移行予防措置(定率負担減免措置、			
	生活保証	雙への移行予防措置(□定率負担減免措)	直 凵佣足稻勺	の特例措直)を申請しよう。	
		1			
ı	申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄も記入し	てください。)	
	п н				
	氏名		申請者との関	関係	
	<u> </u>	郵便系品	申請者との問	関係	
	氏名 ————————————————————————————————————	郵便番号	申請者との関	関係	
備	住所		申請者との問題を		
	住所 考 1 該当する□に↓	郵便番号 ・印を記入してください。)種類の事実関係を確認できる書類を添	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	
	住所 考 1 該当する□に↓	√印を記入してください。	電話	番号	

			特例障害児				請書					
	(宛先)新潟市	長	(Ý.	丰	月分)						
下	記のとおり、	関係書類を添え	て特例障害	ミ児通 戸	折給付	費の支	こ給を目	申請しる	ます。	年	月	日
·	フリガナ								合者証書	\$号		
申	請者氏名											
申	請者生年月日		年	月	E	申請個人	青者 番号					
	居住地	郵便番号					電話看	香号				
	フリガナ				生年		年		日		続村	丙
	付決定に係る がい児氏名				月日 個人						-	
中	W-1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				番号							
特	例障害児通所	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	も記え	人してぐ	ください	١,)		
	フリガナ						請者。	느				
	氏名	和伊亚口				の関						
	住所	郵便番号										
L			/ Lath 25	-			電話者					
上	記に関する特 	例障害児通所給 銀行	付費を下記		坐に振 k店	り込ん	/でく1 	<i>こさい。</i>				
		信用金庫信用組合		J	支店 支所	種目		□普通	口当原	座 □]その他	i.
口座		農協		出引	_			П	座番号			
座振	金融機	関コード	店舗ご	コード						:		
込依頼欄		11 # 4	ļ	- !		<u> </u>	<u> </u>	<u> </u>	į	<u> </u>	i	
欄		リガナ 名義人										
			· - -									
L	_ □ 公金▽≒ 備考	立口座を利用しま	9 0									
	1 該当する	る□にレ印を記 <i>〕</i> 青書に該当月分 <i>0</i>		-	サート	ごス提付	供証明	書を添	付して	くだる	さい。	
市	記入欄											
	収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄					備考	ź				

様式第3号(児細則第22条の4関係)			
	第 年	月	号 日
様			
新潟市長	:	Ē	:17
障害児支援利用計画案提出依頼書			
児童福祉法第21条の5の7第4項(第21条の5の8第3項において準用 定に基づき、給付要否決定を行うに当たって、障害児支援利用計画 す。 提出に当たっては、下記の書類を併せて提出してください。			
記			
1 障害児相談支援給付費支給申請書 ただし、既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合 支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要です。	♪であっ [~]	て、障害児	見相談
2 障害児相談支援変更届出書 ただし、既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合 支援を担当する事業者変更がないときは、提出不要です。	♪であっ [~]	て、障害り	見相談
提出先			
提出期限 年 月 日			

													第 年		月	-
		様							親	「潟市	市長				É	:17
									定通知書兼利用者 通知書	ž. I						
	年 月 いて、児童福祉法 で、受給者証を交	第21条の	5 <i>0</i>)	5第2	2項		第21		所給付費の支給及 の5の7第1項の規定							
	受給者証番号				l				所給付決定							
	合付決定年月日		ļ		<u> </u>			彩	<u>護者氏名</u> 付決定に係る iがい児氏名							
	負担上限月額						円	貨	担上限月額の i用期間							
	多子軽減対象								(首化対象期間 (首化対象期間							
	通所支援の	の種類				支	援の	内名	ア及び支給量			7	有効其	期間		
給付決																
決定内容																
	特記事	項														
肢体不	公費負担者番	:号							公費受給者番号							
自由児通	肢体不自由児通療(食事療養 く。)の負担上限	を除月	額	1		·		円		•		•	i	•		
所医療	上限額の適用其	期間							1							
月りを長	以内に新潟県知事 また、この処分の 知った日の翌日か となります。)提続	に対して)取消しの いら起算し 起するこ	文記 () () () () () () () () () (書又に えは 5かり でき	は「以りま	頭前記内にす。	で審 の審 こ市 を た	査請を被ごし	があったことを知っ 対象をすることがて 情求に係る裁決を編 告として(訴訟にな 、①審査請求があ ご執行又は手続の編	できる 経た 経た かった	ます。 後に て市 こ日(、 ま を か翌	裁決が 代表す 日か	があっ る ら 起	った 者は !算し	こと

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は、

裁決を経ないでもこの処分の取消しの訴えを提起することができます。

 第
 号

 年
 月

 日

様

新潟市長

印

障害児通所給付費並びに利用者負担額減額 及び免除等についての通知書

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給及び利用者負担額減額・ 免除等の申請について、障害児通所給付費の不支給並びに利用者負担額減額及び免除等をし ない旨を下記のとおり決定したので通知します。

記

- 1 申請事項
- 2 決定の理由

(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日以内に市長に対して異議申立てをすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、前記の異議申立てに係る決定を経た後に、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として(訴訟において市を代表する者は、市長となります。)提起することができます。ただし、①異議申立てがあった日から3か月を経過しても決定がないとき、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その他決定を経ないことにつき正当な理由があるときは、決定を経ないでもこの処分の取消しの訴えを提起できます。

間い合わせ先

						 第		
						年	月	
	様							
					新潟市長			印
	11 de 150 150	* I / /	5 A . A . 1 :	## - !- 66	- 			
	特例阿	草害児迪別	給付	費支給・不支給決	定迪知書			
年 月	日に申請	∮のありま↑	<i>t</i> =4	 特例障害児通所給	付費の支給にく	ついて児i	音福祉	·法第
21条の5の4の						> C C D L 2	±1m1m	.1271
	//L/C(=0()	Ha 2 C 11 2	, , ,		31 7 0			
				記				
受給者証番号				申請者氏名				
			<u>:</u>					
受付年月日	年	 月	日	決定年月日		年	 月	日
文门千万百	+	7	Н	大 及十万 日			73	
特例障害児追	通所給付費申	請額						円
支給	□する	口しない	`	支給金額				円
支給決定の内容								
不支給・減額 の理由								
(教示)	アプロバナッ	. TE V 9T - 2	-	5n /\.284 - 4 - 1.	+ kn + 1 0 3	Яп.2. č -	+7 <i>5</i> 55 1	700
日以内に市長に対				処分があったこと ができます。	を知つた日の語	笠口から	匹昇し	(60
				異議申立てに係る				
とを知った日の翌 市長となります。)								
ても決定がないと	き、②処分、	処分の執行	行又	は手続の続行によ	り生ずる著しい	い損害を	避ける	らため緊
急の必要があると もこの処分の取消				ことにつき止当な	は埋田があると	きは、沢	定を約	とないで
5 7 = 2 7 7 111	- ,,,,= = 2,,,		. 0					
問い合わせ先								

						通所給付費支 域額・免除等		書兼利用者				
(宛	先) 新	「潟市長										
次の	とお	おり申請し	します	0				+ ** -				
		フリオ	ブナ				生年月日	申請年月日	F 月	<u>年</u> 日	月	日
申請者	l	氏名	7				個人番号					
者		居住	地	郵便番号			電	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
	フ	リガナ					生年月日		F 月	l B		
ت	 を給	申請に係	る				続柄				-	
		\児氏名					個人番号					
	身体 手帳者	障害者 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		害福祉関ービス	目係	利用中のサ	-ービスの種類	負と内容等						
	変更	更の理由		支援の	14. KT			中津)~ だ 。	7 F (+-)	4 th &		
		児童発達	古採	又抜り	性粗			申請に係る	コ44円	JPJ谷		
変		儿里无足	X1X									
更を由		医療型児	童発達	堂 支援								
変更を申請する支援		放課後等	デイ!	ナービス								
支援		居宅訪問	型児童	 金発達支援								
	□ 1	保育所等	訪問习	支援								
備考	芳 討	ぎ当する[にレ	印を記入し、	てください。							
起案		年月	E				祉 地 <u></u> セ 域		市食	事提供制加算	きの	ょうだい 利用
決裁		年 月	F	-			ンター 福		7.	当・非該		有・無

	主治医の氏名	医療機関名
主台医	郵便番号	
		電話番号
中青	下記の (当ては 1 生活保 2 市町村	見月額に関する認定 D区分の適用を申請します。 まるものを○で囲んでください。) 護受給世帯 民税非課税世帯に属する者 市町村民税所得割額の合計が28万円未満の世帯に属する者
青する或色の重質	下記 <i>の</i> (当ては 1 第2子に	成措置に関する認定 ○区分の適用を申請します。 まるものを○で囲んでください。) に該当する者 以降に該当する者
		隻への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 隻への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。
	申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄も記入してください。)
	氏名	申請者との関係
	住所	郵便番号 電話番号
		√印を記入してください。 ○種類の事実関係を確認できる書類を添付してください。

		第 年	月	号日
様	新潟市長		印	Į
障害児通所給付費支給変更 負担額減額・免除等変更決				

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費の支給変更及び利用者負担額減額・免除等の

変更について、児童福祉法第21条の5の8第2項の規定により下記のとおり決定したので通知します。

記

受給者証番号		通所給付決定 保護者氏名	
変更年月日		給付決定に係る 障がい児氏名	
変更の内容	変更前		
を欠v//1台	変更後		

受給者証を

に提出してください (既に受給者証を提出されている方を除きます。)。

提出先

提出期限 年 月 日

(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日以内に市長に対して異議申立てをすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、前記の異議申立てに係る決定を経た後に、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として(訴訟において市を代表する者は、市長となります。)提起することができます。ただし、①異議申立てがあった日から3か月を経過しても決定がないとき、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その他決定を経ないことにつき正当な理由があるときは、決定を経ないでもこの処分の取消しの訴えを提起できます。

様式第9号(児細則第22条の6関係)

 第
 号

 年
 月

 日

様

新潟市長印

支給決定取消通知書

児童福祉法第 2 1 条の 5 の 9 第 1 項の規定により、下記のとおり給付決定を取り消したので通知します。

記

受給者証番号	通所給付決定 保護者氏名
支給決定取消日	給付決定に係る 障がい児氏名
取消理由	

受給者証を きます。)。

に返還してください(既に受給者証を提出されている方を除

返還先

返還期限 年 月 日

(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日以内に市長に対して異議申立てをすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、前記の異議申立てに係る決定を経た後に、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として(訴訟において市を代表する者は、市長となります。)提起することができます。ただし、①異議申立てがあった日から3か月を経過しても決定がないとき、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その他決定を経ないことにつき正当な理由があるときは、決定を経ないでもこの処分の取消しの訴えを提起できます。

間い合わせ先

	障害児通所給付	†費等に係る申請内	內容変更届出書			
(宛先)新潟市長					_	
				年	月	日
下記のとおり変見	更がありましたので届け	け出ます。				
		記				
フリガナ			生年月日	 年	 月	日
給付決定保護者				+	73	H
氏名			個人番号			
F 4- Wh	郵便番号					
居住地			電話番号			
フリガナ			続柄			
給付決定に係る			生年月日	年	月	日
障がい児氏名			個人番号			
見山事担山本		口士公为卢伊多	# * *	胆 よ 辛ココ コーナー	1212	, , ,
届出書提出者 フリガナ	□支給決定保護者	□支給決定保証	本人と	東も記入して	(/22	(' ₀)
氏名			の関係			
住所	郵便番号					
生別			電話番号			
	給付決定保護者に関					
	すること		世 □連絡先 ——————			
変更事項	給付決定に係る障が い児に関すること	□氏名 □居住	地 □連絡先	□保護者と	の続柄	
	その他					
	変更前					
変更内容						
	変更後					
備考						
	にレ印を記入してくだ 証する書類を添付して					

	ù	鱼所受給者証再交付申	請書				
(宛先)新潟市長	Ţ.						
					年	月	日
					+	Л	Н
下記のとおり受	受給者証の再交付を申	請します。					
		記					
受給者							
証番号							
-11 18 1							_
フリガナ			生年月日	年	月	日	
給付決定保護 氏名	者		個人番号				
	郵便番号						
居住地							
			電話番号				
フリガナ			続柄				
給付決定に係る	る		生年月日	年	月	日	
障がい児氏名	1		個人番号				
							_
申請書提出者	□給付決定保護者(本	≤人) □給付決定保護	隻者以外(下の	り欄も記入して	てくだ	さい。))
フリガナ			本人との 関係				
氏名	郵便番号		(美)(木)				_
住所	51次亩 7						
生力			電話番号				
			电前钳力				
	口汗拐	□ 6 /\		□その他	ı		
申請の理由	□汚損 「具体的な状況	□紛失		□そり他			
						J	
	-						
1 該当する	□にレ印を記入してく						
2 これまで	使用していた受給者証	Eを添付してください	(紛失した場	合を除く。)。			

高額障害児通所給付費支給	合申請書

(宛先)新潟市長	Ę														
次のと	とおり関係	《書類る	と添えて高	額障害児通	所給付費の	支給を	申請	 もします。								
		1					0.11	ta . I . I ta f a		請年				年	月	
	フリガナ							管害者総合								
	者氏名(紹 獲者等氏名		個人番号			-	j	制度	安	: 紹有	証書	新号・ 	(校位	ド 陳 君	了 計1	子方
	生年月日		117 V 11 V	年	月	日										
	居住地		郵便番号			Į			11	<u> </u>		<u> </u>			L	
									話番-	号						
%△↓ ↓∨	フリガナ h.字になっ	では、					j	続柄								
い児氏							生:	年月日	-4	\$ -1-)	Hr.	4	年	月		日
				対象費用の 費用の支払	支払合計額 合計額				る・	請に サー	ビ			年		月分
	7,7,137	, , , , ,	氏名	30/11/2/2012		.月日		①障害 ③介護 制度	者総 保険	法	援法	②児 ^(全) (全) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1) (1				 長早
支給決定障がい者同一世帯に属する他の	個人番号															
	個人番号	1 :														
高額	章害児通所	給付費	費を下記の		込んでくだ		<u> </u>	<i>**</i>		1			- ملر .	5 F		
	座振替 頓書		金融機関= 		店舗コー	本店 支店 出張月 - ド	i -	種目]普通預会]当座預会]その他					座社	新 <u></u>		
			口座名彰													
			公金受取口	座を利用し	ます。											
フ!	書提出者 リガナ	□申請	青者本人	□申請者	本人以外(下	の欄	申	請者と	ださ	い。)					
F							の	関係								
f:	主所	郵便看	等号					電	話番-	号						

備考

- 1 該当する□にレ印を記入してください。
- 2 支払額を証する領収書を添付してください。 3 申請者と同一世帯の他の支給決定障がい者等全員分の申請書を併せて提出してください。

		Ī	高額障	害児	通所約	給付費	支給	(不支給	3)決	定通	知書	Î			第			<u> </u>
															年	月		-
		†	羡															
											新怎	市	芝					F
<u>ፈ</u>	年 月	日	こ申請	のあ	りま	した高	額障	害児通	所給	付費	の支	給に	こつ	いて	、児	童福	[本上:	法统
೬の5の12	2第1項の規														, ,			
							記											
給付決定	E 保護者							受給者										
氏名 給付決定	さに係る							証番号										
章がい児																		
受付年	: □ □		Æ	F.			\\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\ \\	1. 字年 F	1 🗆					年		<u></u>		
				<u>+-</u>	月	<u>月</u>		た定年月		_				+				<u>月</u>
本人支						円		利用月							年		月分	立
支持			トる	[ロしな	(V)		支給金	額								F	Ч
不支給の	の埋田																	
	金融機	関																
振込先	口座種							1										
11X ~ 7 L	口座番				<u> </u>													
	口座名郭	髮人																

		障	害児相談支援	給付費支給申請	書				
(宛夕	· 七)新潟市長								
VL 0 1	kalo Hita	ما الم							
次のと	おり申請し	ます。							
				申請	年月日	白	F,	月	目
	フリガナ			生年月日		年	月	目	
申 計 —	氏 名			個人番号					
者		郵便番号							
19	居住地				電話番号	<u></u>			
7	フリガナ			生年月日		年	月	日	
申請	に係る	3		続柄					
	い児氏ク			個人番号	-				
	特 リガナ 名	□申請者本人	□申請者ス	本人以外(下の欄 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	当 と	てく	ださい	·。)	
住	所	郵便番号				-			
					電話番号	<u> </u>			
障害児	相談支援を	 依頼した指定障	* 管害児相談支援	事業者名					
	リガナ 業者名								
		郵便番号							
住	所				電 式巫 !	⊐ .			
備考	 該当する□	にレ印を記入し	てください。		電話番	7			
- · · · ·		. =	0						

	第 年	月	号 日
様			
新潟市長			印

障害児相談支援給付費支給(不支給)通知書

年 月 日に申請のありました障害児相談支援給付費の支給について児童福祉法第24条の26第1項の規定により下記のとおり支給する(支給しない)旨決定しましたので通知します。

						Ī	記						
F	受給者証番号												
	申請者氏名							申請に係 児氏名	る障が	(V)			
	支給]す	る		ΠL	ない			
支給	支給期間			年	月		日	から		年	月	日	まで
支給する	モニタリング 期間												
支給しない	支給しない理由												

(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3か 月以内に市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として(訴訟において市を代表する者は、市長となります。)提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

										年	Ē	月	
	1	様											
								新潟	市長				印
		モニ	ニタリ	リンク	"期間変	変更通	知書						
継続障害児支援利用援助	めについ゛	T	下記0	りとま	らり 変見	更の決さ	定を	したの	で涌知	します	_		
	<i>7</i> 3(= <i>2</i>)		, до	- C 4		()	<i>,</i>	0,2.5	C 200711	0 5 7	0		
					記	1							
受給者証番号													
変更決定に係る		11	1 1		1 1			る障が	\\				
保護者 変更後のモニタ						児氏	石						
リング期間													
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支				提出	先								
援受給者証又は障が い児受給者証の提出				担山	期限	,	年	月	日				
先及び提出期限				7た口	1为11以	-	4-	Л	Н				

				談支援変見	更届出書				
(宛先) 新潟市	5長							
次	のとおり届け	け出ます。							
					届出年	三月日	年	月	日
	フリガナ								
申	氏 名				生年月日		年	月	目
請者	居住地	郵便番号	_						
					電話番	루			
申	フリガナ 請 に 係 る				生年月日		年	月	日
	がい児氏名				続柄				
陪生		を依頼した指定障	宝旧相談:	古怪車業子	<u></u> 夕				
-	フリガナ			人及于未行	11				
]	事業者名								
	n	郵便番号	_						
1	主 所				電話番号	<u>1.</u> 7			
+6.4	7/产生日刊教	七極事業之亦再	十 7 押 山						
拒从	· 早 吉 兄 旧 畝	支援事業者を変更	りる理田						
変更	年月日	年	月	且					

式第18号(児細則第27条	(V)Z	川判	「休り														h-h-		
																	第 年	月	Ę
			梫	衰															
														新潟	市長				印
				阻	書	児相	目談:	支援	給	付費耳	取消通	卸書							
児童福祉法施行規則第2 記のとおり決定したので						項及	び気	第2項			により)、障:	害児	見相彰	炎支援約	給付	費のう	支給に	つい
									記										
受給者証番号																			
給付取消に係る 保護者						I	ı				け取消 い児	に係。 氏名	る						
支給取消日												年		月	日				
取消理由																			
障害福祉サービス受 給者証、地域相談支 援受給者証又は障が							提出	出先											
な支配有証文は厚かい児受給者証の提出 生みび提出期限							提占	出期	狠		年	月		日					

(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3か月以内 に市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しを求める訴えをする場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に市を被告として(訴訟において市を代表する者は、市長となります。)提起することができます。ただし、審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

様式第19号(者細則第6条及び児細則第27条の3関係)

(表)

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所 指定・指定更新・指定変更 申請書

年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地

申請者 名 称

代表者

下記のとおり指定障害福祉サービス事業所、指定障害者支援施設、指定一般相談支援事業所、指定特定相談支援事業所、指定障害児通所支援事業所、指定障害児入所施設、指定障害児相談支援事業所の指定(指定の更新)を受けたいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第36条第1項、第37条第1項、第38条第1項、第39条第1項、第51条の19第1

項、	第21条の	05の20、第24		第24条の13、	第24条の	28第1項(同	用する場合を含 法第21条の5の 申請します。			
	- >10 - >11		, ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	, .,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,		、番号(13桁)				
申請	フリガナ 名称				14.7	(田 万(15刊)				
	主たる事務所の所在(郵便番号		(郵便番号)			
者(連絡先		電話番号		1			FAX番号		
設置者)		1番箱	E-mailアドレン	<u> </u>						
		職・氏名・生	職名			フリガナ		生年月日		
	代表者の)住所	(郵便番号			氏名)	ЛН		
_	フリガナ	122//								
	名称								••••••	
	事業所(b	施設)の所在	(郵便番号)			
	多機能	型事業所に係	I 系る指定の申請の	の場合は○	A EL O. H.	⇒/ 再 並 亦事\				十市計畫2×近4
	同一所在地において 行う事業等の種類			共生型サービス の指定を申請す るものに○	申請をする	定(更新・変更) る対象事業等 に○	既に指定を受け ている事業に○	事業の開始予	定年月日	本申請書に添付 して提出する様 式(付表)
		居宅介護								付表1
+6		重度訪問介	護							付表1
指定		同行援護								付表1
をを	指	行動援護								付表1
受	定	療養介護								付表2
け	障	生活介護								付表3
よう	害福	短期入所								付表4
と	祉	重度障害者	等包括支援							付表5
す	サ	自立訓練(機	能訓練)							付表6
る		自立訓練(生	活訓練)							付表6
事業	ビス	就労選択支	援							付表7
未所	事	就労移行支	援							付表8
	業	就労継続支	援A型							付表9
施	所 就労継続支援B型 就労定着支援 自立生活援助 共同生活援助		援B型							付表9
設の			援							付表10
種			助							付表11
類			助							付表12
l	指定障害者支援施設(施設入所支援) 指定一般 地域移行支援								付表13	
l										付表14
l	相談支援事業所	地域定着支	援							付表14
	指定特定相談支援事業所									付表15
		児童発達支								付表16
	指定障害	放課後等デ	イサービス							付表16
			児童発達支援							付表17
		保育所等訪	問支援							付表18
	指定障害	児入所施設								付表19/20
	指定障害	児相談支援事	業所							付表15
【朗	に指定を	受けている場	合】事業所番号				3 1 1		}	

(備考)

- 1 本申請書の表題は、指定の更新の申請の際には「指定更新申請書」に、指定の変更の申請の際には「指定変更申請書」に変 更して使用してください。
- 2 「法人等の種類」欄には、「社会福祉法人(社協以外)」、「社会福祉法人(社協)」、「医療法人」、「社団・財団」、「営利法人」、「非営利法人(NPO)」、「農協」、「生協」、「その他法人」、「地方公共団体(都道府県)」、「地方公共団体(市町村)」、「地方公共団体(広域連合・一部事務組合等)」、「非法人」、「その他」のいずれかを記入してください。
- 3 「同一所在地において行う事業等の種類」欄には、今回申請をする事業及び既に指定を受けている事業のそれぞれに「○」を記載してください。
- 4 「【既に指定を受けている場合】事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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載してください。
- 5 「事業の開始予定年月日」欄については、更新の場合にあっては、現に受けている指定の有効期間満了日を記載してください。

様式第20号(者細則第6条及び児細則第27条の3関係)

指定障害福祉サービス事業所/指定障害者支援施設 指定障害児通所支援事業所/指定障害児入所施設 指定特定相談支援事業所/指定一般相談支援事業所/指定障害児相談支援事業所 変更届出書

年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地

申請者 名称

代表者職名·氏名

下記のとおり指定に係る事項に変更があったので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第46条第1項、第3項、第51条の25第1項、第3項、児童福祉法第21条の5の20第1項、第24条の13第3項又は第24条の32第1項の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

			1		
	事業	業所番号			
	名称				
指定を受けた内容を変更した事業所又は施設	所在地				
サービスの種類		[
変更年月日		年	月	目	
変更があった事項(該当に○)			変更の内容		
事業所(施設)の名称	(変更前)				
事業所(施設)の所在地					
事業所(施設)の連絡先(電話番号)	1				
申請者の名称	1				
申請者の主たる事務所の所在地					
申請者の代表者の氏名、生年月日、住所及び職名	1				
法人等の種類	1				
登記事項証明書又は条例等(当該事業に関するものに限る。)	1				
共生型サービスの該当有無					
事業所(施設)の構造概要・平面図・設備の概要					
利用者又は入所者の定員	(変更後)				
管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴					
サービス管理(提供)責任者又は児童発達支援管理責任者の氏 名、生年月日、住所及び経歴					
指定地域相談支援の提供に当たる者又は相談支援専門員の氏名、生年月日、住所及び経歴					
運営規程					
協力医療機関・協力歯科医療機関の名称・診療科名・契約内容					
提携就労支援機関の名称					
提供する障害福祉サービス等の種類	1				
第三者委託により提供する障害福祉サービス等の種類等	1				
事業実施形態(事業所の種別等)	1				
従業者の勤務の体制及び勤務形態	1				
その他					

(備考) 1 変更届の提出に際しては、必要書類を添付してください。

2 「変更があった事項」の「変更の内容」は、変更前と変更後の内容が具体的に分かるように記入してください。

様式第21号(者細則第6条及び児細則第27条の3関係)

廃止,休止,再開届出書

年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地

届出者 名称

代表者

下記のとおり事業を(廃止・休止・再開)するので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第46条第1項若しくは第2項、第51条の25又は児童福祉法第21条の5の20第3項又は第4項の規定により届け出ます。

記

	事業所番号	
廃止・休止・再開する事業所	名称	
廃止・休止・丹州 9 る争耒川	所在地	
廃止・休止・再開する年月日		年 月 日
廃止又は休止する理由		
現に指定障害サービス等の支援を受けていた者に対する措置(廃止又は休止する場合のみ)		
休止予定期間	年	月 日から 年 月 日まで

借去

- 1 廃止・休止・再開するのうち該当するものに○を付けてください。
- 2 廃止又は休止の場合は、廃止又は休止しようとする日の1か月前までに届け出てください。
- 3 支援の再開に係る届出にあっては、当該施設に係る職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、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 4 再開の場合は、休止した事業を再開した日から10日以内に届け出てください。

様式第22号	(老細則	第6条及	で以見細目	第27条	の3関係)
MANADAA 1		勿りへ及		1774 I /N	ソノロ (大) レトノ

指定辞退届出書

年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地

届出者 名称

代表者

下記のとおり指定障害者支援施設又は指定障害児入所施設の指定を辞退したいので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第47条又は児童福祉法第24条の14の規定により、届け出ます。

記

	事業所番号					
指定を辞退する施設	名称					
有足を許返りる地放	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						

注 指定を辞退する日の3か月前までに届け出てください。

様式第23号(者細則第6条及び児細則第27条の3関係)

障害福祉サービス事業等 障害児通所支援事業等

開始·変更届出書

年 月 日

(宛先)新潟市長

届出者 所在地

名称

代表者

- 1 下記のとおり障害福祉サービス事業等又は障害児通所支援事業等を開始したいので、障害者の 日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第79条第2項又は児童福祉法第34条の3 第2項の規定により届け出ます。
- 2 下記のとおり障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第79条第2項又 は児童福祉法第34条の3第2項の規定により届け出た事項を変更したので、同条第3項の規定によ り届け出ます。

開始・変更しよ	種類					
うとする事業	提供する便生 等の内容	主				
	氏名(名称))				
経営者(法人)	住所(事務所 の所在地)	f				
基本約款						
職員の種類			職系	多の内容		職員の定数
						人
						人
						人
						人
		^	=1			人
		合	計			人
主な職員の氏名						
主な職員の経歴						
事業を行おう とする区域						
	名 称					
短期入所事業の	種 類					
用に供する施設	所在地					
	入所定員					
事業開始の予						

様式第24号(者細則第6条及び児細則第27条の3関係)

障害福祉サービス事業等 障害児通所支援事業等

廃止•休止•再開届出書

年 月 日

(宛先)新潟市長

所在地

届出者 名称

代表者

下記のとおり事業を(廃止・休止・再開)するので、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第79条第3項、第4項、児童福祉法第34条の3第3項又は第4項の規定により届け出ます。

記

	事業所番号	
廃止・休止・再開する事業所	名称	
廃止・ 休止・ 円 日 日 日 日 日 日 日 日 日	所在地	
廃止・休止・再開する年月日		年 月 日
廃止又は休止する理由		
現に指定障害サービス等の支援を受けていた者に対する措置(廃止又は休止する場合のみ)		
休止予定期間	年	月 日から 年 月 日まで

備考

- 1 廃止・休止・再開のうち該当するものに○を付けてください。
- 2 廃止又は休止の場合は、廃止又は休止しようとする日の1か月前までに届け出てください。
- 3 支援の再開に係る届出にあっては、当該施設に係る職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、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 4 再開の場合は、休止した事業を再開した日から10日以内に届け出てください。