

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・負担額減額・免除等申請書	児細則第22条の2	第1号
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者負担額減額・免除等決定通知書	児細則第22条の2	第4号
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通知書	児細則第22条の2	第5号
特例障害児通所給付費支給・不支給決定通知書	児細則第22条の2	第6号
障害児通所給付費の支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書	児細則第22条の5	第7号
障害児通所給付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	児細則第22条の5	第8号
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届出書	児細則第22条の2	第10号
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）決定通知書	児細則第22条の7	第13号
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）通知書	児細則第27条の2	第15号
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。

附 則

(施行期日)

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

(表)

障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書										
(宛先)新潟市長 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				個人番号					
	居住地	郵便番号			電話番号					
フリガナ					生年月日	年    月    日				
支給申請に係る障がい児氏名					続柄					
					個人番号					
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	障害福祉関係サービス		利用中のサービスの種類と内容等							
			支援の種類				申請に係る具体的内容			
申請する支援	<input type="checkbox"/> 児童発達支援									
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援									
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス									
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援									
	<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援									
備考 該当する□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意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を新潟市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。										
申請者氏名										
起案	年	月	日						地域保健福祉センター	
決裁	年	月	日							
市記入欄	食事提供体制加算	きょうだいの利用								
	該当・非該当	有・無								

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	郵便番号  電話番号		
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 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものを○で囲んでください。) 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 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			
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものを○で囲んでください。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者			
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。			
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			
備考	1 該当する□にレ印を記入してください。 2 申請する減免の種類の実事関係を確認できる書類を添付してください。			



様式第2号(児細則第22条の3関係)

特例障害児通所給付費支給申請書  
( 年 月分)

(宛先)新潟市長

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて特例障害児通所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	申請者 個人番号				
居住地	郵便番号				電話番号			
フリガナ				生年 月日	年	月	日	続柄
給付決定に係る 障がい児氏名				個人 番号				
特例障害児通所給付費 請求額							円	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄も記入してください。)		
フリガナ			申請者との 関係
氏名			
住所	郵便番号		電話番号

上記に関する特例障害児通所給付費を下記の口座に振り込んでください。

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	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他
	金融機関コード	店舗コード	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義人			
<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用します。				

備考

- 1 該当する□にレ印を記入してください。
- 2 この申請書に該当月分の領収書及び通所サービス提供証明書を添付してください。

市記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備考

第 年 月 日 号

様

新潟市長

印

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項において準用する場合を含む。)の規定に基づき、給付要否決定を行うに当たって、障害児支援利用計画案の提出をお願いします。

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であって、障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要です。

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であって、障害児相談支援を担当する事業者変更がないときは、提出不要です。

提出先

提出期限 年 月 日



第 号  
年 月 日

様

新潟市長

印

障害児通所給付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

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・免除等について、児童福祉法第21条の5の5第2項及び第21条の5の7第1項の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し、通知します。

記

受給者証番号		通所給付決定 保護者氏名	
給付決定年月日		給付決定に係る 障がい児氏名	
負担上限月額	円	負担上限月額の 適用期間	
多子軽減対象		無償化対象期間	
給付決定内容	通所支援の種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	特記事項		

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療(食事療養を除く。)の負担上限月額	月額	円	
	上限額の適用期間			

(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か月以内に新潟県知事に対して文書又は口頭で審査請求をすることができます。

また、この処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に係る裁決を経た後に、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審査請求があった日の翌日から起算して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。

問い合わせ先

第 年 月 日  
号

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、決定があつた  
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異議申立てがあつた日から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。

問い合わせ先

第 号  
年 月 日

様

新潟市長

印

特例障害児通所給付費支給・不支給決定通知書

年 月 日に申請のありました特例障害児通所給付費の支給について児童福祉法第21条の5の4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	.....	申請者氏名	
--------	-------	-------	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例障害児通所給付費申請額			円
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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)

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。

問い合わせ先

(表)

障害児通所給付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									
(宛先)新潟市長 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				個人番号				
	居住地	郵便番号			電話番号				
フリガナ					生年月日	年    月    日			
支給申請に係る 障がい児氏名					続柄				
					個人番号				
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	障害福祉関係 サービス		利用中のサービスの種類と内容等						
	変更の理由								
変更を 申請する 支援	支援の種類				申請に係る具体的内容				
	<input type="checkbox"/> 児童発達支援								
	<input type="checkbox"/> 医療型児童発達支援								
	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス								
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型児童発達支援								
<input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援									
備考 該当する□にレ印を記入してください。									
起案	年 月 日					地域保健福 祉センター			
決裁	年 月 日								
市 記 入 欄	食事提供 体制加算	きょうだいの 利用							
	該当・非該当	有・無							

(裏)

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	郵便番号		
		電話番号		
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 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものを○で囲んでください。)			
	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 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			
	<input type="checkbox"/> II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものを○で囲んでください。)			
1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者				
<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置( <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 補足給付の特例措置)を申請します。				
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
備考	1 該当する□にレ印を記入してください。 2 申請する減免の種類の実事関係を確認できる書類を添付してください。			

第 号  
年 月 日

様

新潟市長

印

障害児通所給付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

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		
	変更後		

受給者証を 年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。

問い合わせ先

第 年 月 日 号

様

新潟市長

印

支給決定取消通知書

児童福祉法第21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 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きます。）。

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。

問い合わせ先

様式第10号(児細則第22条の2 関係)

障害児通所給付費等に係る申請内容変更届出書

(宛先)新潟市長

年 月 日

下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
給付決定保護者 氏名		個人番号	
居住地	郵便番号		
	電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 障がい児氏名		生年月日	年 月 日
		個人番号	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定保護者 <input type="checkbox"/> 支給決定保護者以外(下の欄も記入してください。)		
フリガナ		本人と の関係	
氏名			
住所	郵便番号		
	電話番号		

変更事項	給付決定保護者に関する こと	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先
	給付決定に係る障がい 児に関すること	<input type="checkbox"/> 氏名 <input type="checkbox"/> 居住地 <input type="checkbox"/> 連絡先 <input type="checkbox"/> 保護者との続柄
	その他	
変更内容	変更前	
	変更後	

備考

- 1 該当する□にレ印を記入してください。
- 2 変更内容を証する書類を添付してください。

通所受給者証再交付申請書

(宛先)新潟市長

年 月 日

下記のとおり受給者証の再交付を申請します。

記

受給者 証番号	
------------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
給付決定保護者 氏名		個人番号	
居住地	郵便番号		
	電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 障がい児氏名		生年月日	年 月 日
		個人番号	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 給付決定保護者(本人) <input type="checkbox"/> 給付決定保護者以外(下の欄も記入してください。)		
フリガナ		本人との 関係	
氏名			
住所	郵便番号		
	電話番号		

申請の理由	<input type="checkbox"/> 汚損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況)
-------	--

備考

- 1 該当する□にレ印を記入してください。
- 2 これまで使用していた受給者証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申請書

(宛先)新潟市長

次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ											①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法	
申請者氏名(給付決定保護者等氏名)	個人番号:										制度	受給者証番号・被保険者証番号
生年月日	年 月 日											
居住地	郵便番号										電話番号	
	フリガナ										続柄	
給付決定に係る障がい児氏名											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												
支給決定障がい者 同一世帯に属する他の	氏名					生年月日					①障害者総合支援法②児童福祉法③介護保険法	
	個人番号:										制度	受給者証番号・被保険者証番号
	個人番号:											
	個人番号:											

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んでください。

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 <input type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 当座預金 <input type="checkbox"/> 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									

公金受取口座を利用します。

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄も記入してください。)	
フリガナ		
氏名	申請者との関係	
住所	郵便番号	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。

高額障害児通所給付費支給(不支給)決定通知書

第 年 月 日 号

様

新潟市長

印

年 月 日に申請のありました高額障害児通所給付費の支給について、児童福祉法第21条の5の12第1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

給付決定保護者氏名		受給者証番号												
給付決定に係る障がい児氏名														

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	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給の理由			

振込先	金融機関						
	口座種目						
	口座番号						
	口座名義人						

(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。

問い合わせ先

様式第14号(児細則第27条の2関係)

障害児相談支援給付費支給申請書

(宛先)新潟市長

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		個人番号	
	居住地	郵便番号		
		電話番号		
フリガナ			生年月日	年 月 日
申請に係る障がい児氏名			続柄	
		個人番号		

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄も記入してください。)		
フリガナ		申請者との関係	
氏名			
住所	郵便番号		
		電話番号	

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業者名			
フリガナ			
事業者名			
住所	郵便番号		
		電話番号	

備考 該当する□にレ印を記入してください。

第 年 月 日 号

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。

記

受給者証番号												
申請者氏名											申請に係る障がい 児氏名	
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない											
支給する	支給期間	年 月 日 から 年 月 日 まで										
	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。

問い合わせ先



様式第 17 号（児細則第 27 条の 2 関係）

障害児相談支援変更届出書

（宛先）新潟市長

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居住地	郵便番号 ー		電話番号
申請に係る 障がい児氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	

障害児相談支援を依頼した指定障害児相談支援事業者名

フリガナ	
事業者名	
住 所	郵便番号 ー 電話番号

指定障害児相談支援事業者を変更する理由

--

変更年月日 年 月 日

第 年 月 日 号

様

新潟市長

印

障害児相談支援給付費取消通知書

児童福祉法施行規則第25条の26の4第1項及び第2項の規定により、障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり決定したので通知します。

記

受給者証番号										
給付取消に係る保護者					給付取消に係る障がい児氏名					
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い児受給者証の提出先及び提出期限	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。

問い合わせ先

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、指定の変更)を受けたので、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51条の20第1項(同法第41条第4項又は第51条の21第2項において準用する場合を含む。)、児童福祉法第21条の5の15第1項、第21条の5の20、第24条の9第1項、第24条の13、第24条の28第1項(同法第21条の5の16第4項、第24条の10第4項、第24条の29第4項において準用する場合を含む。)の規定により、関係書類を添えて申請します。

法人番号(13桁)

申請者(設置者)	フリガナ 名称						
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 )					
	連絡先	電話番号				FAX番号	
		E-mailアドレス					
	法人等の種類						
代表者の職・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名		生年月日		
	代表者の住所	(郵便番号 )					
	フリガナ 名称						
指定を受けようとする事業所・施設の種類の	事業所(施設)の所在地	(郵便番号 )					
	多機能型事業所に係る指定の申請の場合は○						
	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○	今回の指定(更新・変更)申請をする対象事業等に○	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)	
	指定障害福祉サービス事業所	居宅介護					付表1
		重度訪問介護					付表1
		同行援護					付表1
		行動援護					付表1
		療養介護					付表2
		生活介護					付表3
		短期入所					付表4
		重度障害者等包括支援					付表5
		自立訓練(機能訓練)					付表6
		自立訓練(生活訓練)					付表6
		就労選択支援					付表7
		就労移行支援					付表8
就労継続支援A型					付表9		
就労継続支援B型					付表9		
就労定着支援					付表10		
自立生活援助					付表11		
共同生活援助					付表12		
指定障害者支援施設(施設入所支援)						付表13	
指定一般相談支援事業所	地域移行支援					付表14	
	地域定着支援					付表14	
指定特定相談支援事業所	相談支援事業所					付表15	
指定障害児通所支援事業所	児童発達支援					付表16	
	放課後等デイサービス					付表16	
	居宅訪問型児童発達支援					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	
【既に指定を受けている場合】事業所番号							

(裏)

(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。

指定を受けた内容を変更した事業所又は施設		法人番号(13桁)	
		事業所番号	
		名称	
		所在地	
サービスの種類			
変更年月日		年 月 日	
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)			
申請者の名称			
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			
法人等の種類			
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。)			
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			
障害児対象事業の該当有無			
利用する障害児の推定数			
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			
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			
事業実施形態(事業所の種別等)			
従業者の勤務の体制及び勤務形態			
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。

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	
	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つては、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(者細則第6条及び児細則第27条の3関係)

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	
	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・変更しようとする事業	種 類	
	提供する便宜等の内容	
経営者(法人)	氏名(名称)	
	住所(事務所の所在地)	
基本約款		
職員の種類	職務の内容	職員の定数
		人
		人
		人
		人
		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		
短期入所事業の用に供する施設	名 称	
	種 類	
	所在地	
	入所定員	
事業開始の予定年月日		

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	
	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。