

大口町身体障害者福祉法施行細則

(趣旨)

第1条 この細則は、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号。以下「法」という。）、身体障害者福祉法施行令（昭和25年政令第78号。以下「令」という。）及び身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）に基づき町が行う事務について、法令に定めるもののほか必要な事項を定めるものとする。

(更生相談所への判定依頼等)

第2条 町長は、法第9条第7項の規定により身体障害者更生相談所（以下「更生相談所」という。）に判定を求めるときは、判定依頼書（様式第1）を更生相談所の長に送付するとともに、判定通知書（様式第2）を当該身体障がい者に送付しなければならない。

(保健所長への通知)

第3条 令第8条第2項及び第11条の規定による保健所長への通知は、身体障害者手帳交付・記載事項変更通知書（様式第3）によるものとする。

(障害福祉サービス、障害者支援施設等への入所等の措置)

第4条 町長は、法第18条第1項に規定する障害福祉サービス及び同条第2項に規定する障害者支援施設等への入所措置（以下「入所等措置」という。）を採ろうとするときは、障害者支援施設等の長に入所等措置委託依頼書（様式第4）を送付し、当該施設の長の承諾を得たときは、当該措置に係る身体障がい者に入所等措置決定通知書（様式第5）を送付しなければならない。

2 町長は、前項の入所等措置を解除するときは、入所等措置委託解除決定通知書（様式第6）を当該解除に係る身体障がい者に送付し、障害者支援施設等の長にその旨を通知しなければならない。

(費用の徴収等)

第5条 町長が法第18条の入所等措置を採った場合において、法第38条第1項の規定に基づき徴収する費用の額（以下「徴収額」という。）は、厚生労働大臣が定める基準によるものとする。

2 町長は、前項の徴収額を決定したときは、障害者支援施設等費用徴収額決定・変更通知書（様式第7）により当該身体障がい者又は扶養義務者（民法（明治29年法律第89号）に定める扶養義務者をいう。）（以下「納入義務者」という。）に通知しなければならない。

（災害等による徴収額の変更）

第6条 町長は、災害その他やむを得ない理由により納入義務者の負担能力に変動が生じたときは、当該納入義務者からの申請に基づき、その変動の程度に応じて前条の規定による徴収額を変更することができる。

2 前項の規定による徴収額の変更の申請は、障害者支援施設等費用徴収額変更申請書（様式第8）を町長に提出しなければならない。

3 前条第2項の規定は、第1項の規定により徴収額を変更した場合に準用する。

（備付書類）

第7条 町長は、次に掲げる書類を備え、必要な事項を記載しておかなければならない。

(1) 身体障害者手帳交付状況台帳（様式第9）

(2) 身体障害者更生指導台帳（様式第10）

（その他必要事項）

第8条 この細則に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則（平成25年3月27日 大口町告示第30号）

この細則は、告示の日から施行する。

附 則（令和3年3月30日大口町告示第52号）

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

様式第 1 (第 2 条関係)

第 号
年 月 日

身体障害者更生相談所長 様

大口町長 印

判 定 依 頼 書

次の者について、身体障害者福祉法第 9 条第 7 項の規定に基づく判定を依頼します。

身体障がい者	氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	性 別	
	住 所			
身体障害者手帳	交付年月日	年 月 日	番 号	第 号
障がいの部位 及びその状況				
判定依頼事項				

様式第2(第2条関係)

第 号
年 月 日

様

大口町長 印

判 定 通 知 書

身体障害者更生相談所の判定を受けていただく日時と場所をお知らせ
します。

記

- 1 判定を受ける日時 年 月 日 午前 午後 時
- 2 判定を受ける場所

※裏面には判定を受ける場所の位置図を記載すること。

様式第3 (第3条関係)

第 号
年 月 日

保健所長 様

大口町長 閣

身体障害者手帳 交付 通知書
記載事項変更

下記のとおり身体障害者手帳 を交付 されたので身体障
の記載事項が変更

交付
障害者福祉法施行令 記載事項変更 の規定により通知します。

児 童 氏 名	旧		生 年 月 日	年 月 日
	新		性 別	男 ・ 女
居 住 地	旧			
	新			
保 護 者 氏 名	旧		生 年 月 日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
	新		生 年 月 日	年 月 日
			性 別	男 ・ 女
居 住 地	旧			
	新			
身 体 障 害 者 手 帳 交 付 月 日	年 月 日			
変 更 届 受 理 年 月	年 月 日			
身 体 障 害 者 手 帳 番 号	第 号			
障 がい 名 及 び 等 級	等級			

様式第 4 (第 4 条関係)

第 号

年 月 日

入 所 等 措 置 委 託 依 頼 書

様

大口町長

印

身体障害者福祉法第 18 条第 1 項及び第 2 項の規定に基づき、次の者を貴施設に入所等させていただきます。

なお、入所等できない場合は、速やかに回答してください。

氏 名			
生 年 月 日	年 月 日	性 別	
住 所	電話番号		
障がいの種類と程度			
依頼したい種類と量			
委託期間	年 月 日から	年 月 日まで	
そ の 他			

様式第5(第4条関係)

第 号

年 月 日

入所等措置決定通知書

様

大口町長

印

あなたは身体障害者福祉法第18条の規定に基づき次のとおり決定しましたので通知します。

住 所	
氏 名	
生 年 月 日	年 月 日
入所等期日	年 月 日
種 類 と 量	
施設の名称	
入所等利用 予 定 期 間	年 月 日から 年 月 日まで
費 用 額	公費、自費(本人 円、扶養義務者 円)
そ の 他	

様式第6(第4条関係)

第 号

年 月 日

入所等措置委託解除決定通知書

様

大口町長 印

あなたが入所等していた への委託を、次のとおり解除
します。

1 解除年月日 年 月 日

2 解除理由

様式第7(第5条関係)

第 年 月 日 号

様

大口町長

印

障害者支援施設等費用徴収額^{決定}_{変更}通知書

下記の者に係る身体障害者福祉法第18条の措置に要する費用について、同法第38条に基づき徴収する額を次のとおり^{決定}_{変更}通知します。

氏名	
施設名	
費用徴収額	年 月 日から 月額 円
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、大口町長に対して異議申立てをすることができます。

この処分に不服があるときは、この通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に大口町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、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に大口町を被告として(大口町長が被告の代表者となります。)提起できます。(処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。)ただし、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、処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する採決の送達を受けた日の翌日から起算してから6月以内に提起することができます。

様式第8(第6条関係)

年 月 日

大口町長 様

申請者 住所
氏名

障害者支援施設等費用徴収額変更申請書

年 月 日付け第 号により決定されました障害福祉施設等費用徴収額については、次の理由により負担能力に変動が生じたので、徴収額の変更を申請します。

氏 名	施 設 名	現在の徴収額
		月額 円

徴収額の変更を必要とする理由

身体障害者更生指導台帳

台帳番号

大口町

年 月 日作成

(フリガナ) 氏 名		手 帳 交 付 状 況	第 号 (種 級)			
生年月日			年 月 日交付			
職 業 (学校等)						
本籍地						
住 所		受 傷 の 状 況				
担 当 相談員						
(生育歴)						
(最終学歴)						
(職 歴)						
(既往歴)						
同 居 の 家 族	続柄	氏 名	性別	生年月日	職 業	健康状態など
他法給付の状況 (年金・恩給)		種 別	記号番号	支給開始日	給付機関名	
加 入 保 険	被保険者				給付開始	
	名 称				付加給付	
	保険種別				給付額	
	記号番号					

区分	傷病名	有効期限自	有効期限至	担当医療機関名		
自立支援医療						
区 分	年月日	内 容		費 用 額		取 扱 業 者 名
				公費負担額	本人負担額	
補装具						
日常生活用具						