

函館市児童福祉法運営要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「法」という。）および関連法令ならびに函館市児童福祉法施行細則（平成17年函館市規則第82号。）に基づき、別に定めるもののほか、函館市が行う障害児通所支援の運営に関し必要な事項を定めるものとする。

(特例障害児通所給付費の支給の申請書等)

第2条 児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号。以下「施行規則」という。）第18条の5第1項の申請書は、別記第1号様式によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合は、特例障害児通所給付費の支給の要否を決定し、その旨を別記第2号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

(障害児通所給付費支給申請書等)

第3条 施行規則第18条の6第1項の申請書は、別記第3号様式によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合において、障害児通所給付費の通所給付決定をしたときは別記第4号様式の通知書に法第21条の5の7第9項に規定する通所受給者証（以下「通所受給者証」という。）を添えて、通所給付決定をしないときは別記第5号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

3 通所受給者証は、別記第6号様式によるものとする。

(肢体不自由児通所医療受給者証)

第4条 市長は、法第21条の5の29第1項の規定により通所給付決定保護者（法第6条の2の2第8項に規定する通所給付決定保護者をいう。以下同じ。）に肢体不自由児通所医療費を支給しようとするときは、当該通所給付決定保護者に別記第7号様式の肢体不自由児通所医療受給者証を交付するものとする。

(通所給付決定の申請内容の変更の届出書等)

第5条 施行規則第18条の6第7項の届出書は、別記第8号様式によらなければならない。

（通所受給者証の再交付の申請書等）

第6条 施行規則第18条の6第10項の申請書は、別記第9号様式の申請書によらなければならない。

（障害児支援利用計画案の提出の依頼の通知）

第7条 施行規則第18条の13（施行規則第18条の23第2項において準用する場合を含む。）の規定による通知は、函館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運営要綱（以下「総合支援法要綱」という。）の規定による別記第8号様式の依頼書によりするものとする。

（通所給付決定の変更の申請書等）

第8条 施行規則第18条の21の申請書は、別記第10号様式によらなければならない。

2 施行規則第18条の22第1項の規定による通知は、別記第11号様式の通知書によりするものとする。

（通所給付決定の取消しの通知等）

第9条 施行規則第18条の24第1項の規定による通知は、別記第12号様式の通知書によりするものとする。

（高額障害児通所給付費の支給の申請書等）

第10条 施行規則第18条の26第1項の申請書は、別記第13号様式によらなければならない。

2 市長は、前項の申請書により申請があった場合は、高額障害児通所給付費の支給の要否を決定し、その旨を別記第14号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

（障害児相談支援給付費の支給の申請書等）

第11条 施行規則第25条の26の3第1項の申請書は、総合支援法要綱の規定による別記第18号様式によらなければならない。

2 前項の申請書により市長に申請をしようとする者は、当該申請の際に、法第6条の2の2第7項に規定する障害児支援利用援助を受ける法第24条の28第1項の規定による指定に係る障害児相談支

援事業所を総合支援法要綱の規定による別記第 19 号様式の届出書により市長に届け出なければならない。

3 市長は、第 1 項の申請書により申請があった場合は、障害児相談支援給付費の支給の要否を決定し、その旨を総合支援法要綱の規定による別記第 20 号様式の通知書により当該申請をした者に通知するものとする。

4 市長は、施行規則第 1 条の 2 の 7 に規定する市町村が必要と認める期間を変更したときは、総合支援法要綱の規定による別記第 21 号様式の通知書により障害児相談支援対象保護者（法第 24 条の 26 第 1 項に規定する障害児相談支援対象保護者をいう。）に通知するものとする。

5 施行規則第 25 条の 26 の 4 第 2 項の規定による通知は、総合支援法要綱の規定による別記第 22 号様式の通知書によりするものとする。

（補則）

第 12 条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

この要綱は、令和 8 年 3 月 2 日から施行する。

特例障害児通所給付費支給申請書
【令和 年 月分】

函館市長 様

令和 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	個 人 番 号									
居 住 地											
フリガナ		児童生年月日									
		年 月 日									
給付決定に係る児童氏名		個人番号									
特例障害児通所給付費 請求額		円									

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		申請者との関係	
氏 名			
住 所	〒 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下さい。

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	1 普通 2 当座 3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										

（注意）この申請書に該当月分の領収証及び通サービス提供証明書を添付してください。

市町村記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備 考

特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

窓空宛名

令和 年 月 日

函 館 市 長

印

令和 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の規定に基づき下記のとおり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	
-------------	--	-------	--

受 付 年 月 日	令和 年 月 日	決定年月日	令和 年 月 日
特例障害児通所給付費申請額		円	
支給決定の内容			
支 給	☐ する ☐ しない	支 給 金 額	円
不支給・減額の理由			

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。

(1) 審査請求があった日から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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

問い合わせ先

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

函館市長 様

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		個人番号													
	氏 名		生年月日	年 月 日												
	居 住 地	〒 電話番号														
フリガナ			個人番号													
支給申請に係る 児 童 氏 名			生年月日	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			疾病名									

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														
申請する支援	支援の種類			申請に係る具体的内容												
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）															
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）															
	☐ 放課後等デイサービス															
	☐ 居宅訪問型児童発達支援															
	☐ 保育所等訪問支援															

障害児支援利用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、函館市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

申請する減免の種類	☐ 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。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 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. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ 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。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

年 月 日

函 館 市 長 印

【申請日】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3及び第21条の5の7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。

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 害 児 氏 名										
負 担 上 限 月 額											円	左の上限月額の 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																				

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときにを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長



却下決定通知書（障害児通所給付費）

申請日 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）については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - (1) 審査請求があった日から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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問合せ先）

別記第 6 号様式（第 3 条関係）

(一)			(二)		(三)	
通所受給者証			障害児通所給付費の給付決定内容		障害児通所給付費の給付決定内容	
受給者証番号			支援の種類		支援の種類	
通所給付決定保護者	居住地		支給量等		支給量等	
	フリガナ		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	氏名		支援の種類		支援の種類	
	生年月日	年 月 日	支給量等		支給量等	
児童	フリガナ		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
	氏名		特記事項欄		特記事項欄	
交付年月日		年 月 日	予備欄		予備欄	
支給市町村名 及び 印						
		函館市 印				

(四)		(五)		(六)	
障害児相談支援給付費の支給内容		利用者負担に関する事項		障害児通所支援事業者記入欄	
支給期間	年 月から 年 月まで	負担上限 月額	円	番号	事業者及びその 事業所の名称
指定相談支援事業所名		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		支援の内容
モニタリング期間		食事提供加算対象者			1 契約支給量
予備欄		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		契約日
		利用者負担上限額管理対象者該当の有無			年 月 日
		利用者負担上限額管理事業所名		当該契約支給量による 支援提供終了日	
		特記事項欄		支援提供終了月中の 終了日までの既提供量	
		予備欄		2 事業者及びその 事業所の名称	
				支援の内容	
				2 契約支給量	
				契約日	
				年 月 日	
				当該契約支給量による 支援提供終了日	
				年 月 日	
				支援提供終了月中の 終了日までの既提供量	
				3 事業者及びその 事業所の名称	
				支援の内容	
				3 契約支給量	
				契約日	
				年 月 日	
				当該契約支給量による 支援提供終了日	
				年 月 日	
				支援提供終了月中の 終了日までの既提供量	

受給者証番号

(七)		(八)	(九)	
番号	障害児通所支援事業者記入欄	注意事項欄	注意事項欄	
4	事業者及びその事業所の名称	1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。 2 指定通所支援、共生型通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。 3 児童発達支援のうち治療に係るものを受けようとするときは、この証にマイナ保険証(健康保険証利用登録がされたマイナンバーカードをいう。)等及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定児童発達支援事業所(治療を行うものに限る。)に提示してください。 4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、五面の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります(個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)。なお、基準該当通所支援を受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。 5 負担上限月額については、毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。 6 給付決定期間を経過したときは障害児通所給付費等の支給を受けられませんので、給付決定期間を経過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。	7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。 8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。 9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。 10 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。 11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。 12 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。 13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。	
	支援の内容			
	契約支給量			
	契約日			年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日			年 月 日
5	支援提供終了月中の終了日までの既提供量			
	事業者及びその事業所の名称			
	支援の内容			
	契約支給量			
	契約日			年 月 日
6	当該契約支給量による支援提供終了日			年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量			
	事業者及びその事業所の名称			
	支援の内容			
	契約支給量			
	契約日			年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日			年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量			
	事業者及びその事業所の名称			
	支援の内容			

別記第7号様式（第4条関係）

肢体不自由児通所医療受給者証									
公費負担者番号									
公費受給者番号									
通 所 給 付 決 定 保 護 者	居住地								
	フリガナ							生年月日	
	氏 名							年 月 日	
負担上限月額		肢体不自由児通所医療 (食事療養を除く)			月 額			円	
適用期間		年 月 日 から 年 月 日 まで							
交付年月日		年 月 日							
特記事項									
支給市町村名 及び印		函館市 印							

注意事項欄	
1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。 2 児童発達支援のうち治療に係るもの(以下「肢体不自由児通所医療」という。)を受けようとするときは、必ずこの証に障害児通所受給者証及びマイナ保険証（健康保険証利用登録がされたマイナナンバーカードをいう。）等を添えて、指定児童発達支援事業所（治療を行うものに限る。）に提示してください。 3 肢体不自由児通所医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。 4 肢体不自由児通所医療の負担上限月額は毎年通所給付決定保護者の収入等に応じて決定しますので、所定の時期に、この証と認定に必要な関係書類を市町村に提出してください。 5 児童発達支援に係る障害児通所給付費の給付決定期間を経過したときは、肢体不自由児通所医療費の支給を受けられませんので、支給決定期間を経過する前に市町村にこの証を添えて、児童発達支援に係る障害児通所給付費の支給の再申請をしてください。 6 この証の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。 7 給付決定期間内に居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村に届け出てください。 8 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。 また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに、市町村に返してください。 9 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。 10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。	

申請内容変更届出書（障害児通所給付費）

函館市長 様

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年月日	年	月	日
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名		個 人 番 号			
居 住 地	〒				
	電話番号				
フリガナ		生年月日	年	月	日
支給決定に係る 児 童 氏 名		続 柄			
		個 人 番 号			

届出書提出者	☐ 給付決定保護者 ☐ 給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人と の 関 係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

変更事項 (該当に○を して下さ い。)	給付決定保護者に 関すること	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	支給決定に係る児 童に関すること	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との続柄
	そ の 他	
変更内容	変更前	
	変更後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。

受給者証再交付申請書（障害児通所給付費）

函館市長 様

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証 の 種 類	1 通所受給者証 2 肢体不自由児通所医療受給者証	受給者 証番号	
---------------	------------------------------------	------------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日								
支給（給付）決定 障害者（保護者） 氏 名		個 人 番 号									
居 住 地	〒										
	電話番号										
フリガナ		生年月日	年 月 日								
支給決定に係る 児 童 氏 名		続柄									
	個 人 番 号										

申請書提出者	☐ 給付決定保護者（本人） ☐ 給付決定保護者以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人と の関係	
氏 名			
住 所	〒		
	電話番号		

申請の理由	1 汚損 2 紛失 3 その他		
	具体的な状況		

※従前使用していた受給者証を添付すること。（紛失を除く）

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

函館市長 様

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	〒 電話番号														
フリガナ			生年月日	年 月 日												
支給申請に係る 児 童 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		疾病名										

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		
申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものを除く。）	
	☐ 児童発達支援（肢体不自由のある児童に対して治療を行うものに限る。）	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画を作成するためには必要があるときは、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、函館市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者若しく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

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒		
電話番号				

※主治医の欄は、かかりつけの医師がいる場合に記載すること。

申請する減免の種類	☐ 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。 (あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 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. 市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)に属する者
	☐ 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。 (あてはまるものに○をつける。) 1. 第2子に該当する者 2. 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。
	☐ III 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)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。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長



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

申請日 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 2 1 条の 5 の 3 及び第 2 1 条の 5 の 8 の規定に基づき下記のとおり決定し、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 害 児 氏 名		
変 更 の 内 容	変更前													
	変更後													

受給者証を函館市担当課に提出してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。
提出先
提出期限

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内に北海道知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときは除く。）でなければ提起することができないこととされています。
 - 審査請求があった日から 3 か月を経過しても裁決がないとき。
 - 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。
 - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

（お問 合 せ 先）

窓空宛名

年 月 日

函 館 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ま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 児 童 氏 名	
支給決定取消日											
取 消 理 由											

受給者証を函館市担当課に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先

返還期限

不服申立て及び取消訴訟

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 か月以内に北海道知事に対し審査請求をすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
- (1) 審査請求があった日から 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。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して 1 年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。
- （お 問 合 せ 先）

高額障害児（通所・入所）給付費 支給申請書

函館市長 様

次のとおり関係書類を添えて高額障害児（通所・入所）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)											制 度		受給者証番号・被保険者証番号																
											①																		
生 年 月 日											②																		
個 人 番 号											③																		
居 住 地	〒										電話番号																		
フリガナ											続 柄																		
支給決定に係る 児 童 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																													
同一世帯に属する他の 支 給 決 定 障 害 者	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																
													制 度		受給者証番号・被保険者証番号														
													①																
													②																
													③																
	個人番号																												
													①																
													②																
	個人番号																												
													①																
②																													
個人番号																													
												①																	
												②																	
個人番号																													

(注 1) 支払額を証する領収書を添付してください。
(注 2) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

受取口座	☐ マイナポータルに登録している公金受取口座を振込先とする。 (注) あらかじめマイナポータル上で公金受取口座の登録をしておく必要があります。 ☐ 以下の口座を振込先とする。																			
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		口座番号									
	金融機関コード				店舗コード				1 普通預金											
									2 当座預金											
									4 貯蓄預金											
									9 その他											
ゆうちょ銀行				記号						番号										
口座名義人カナ																				

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外（下の欄に記入）															
フリガナ											申 請 者 との関係					
氏 名																
住 所	〒										電話番号					

窓空宛名

年 月 日

函 館 市 長 印

高額障害児（通所・入所）給付費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました高額障害児（通所・入所）給付費の支給について、下記のとおり決定しま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 児 童 氏 名													

申 請 年 月 日	年 月 日	決 定 年 月 日	年 月 日
本 人 支 払 額		申 請 に 係 る サービス利用月	
支 給		支 給 金 額	
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	

不服申立て及び取消訴訟

【高額障害児通所給付費の場合】

- 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
- (1) 審査請求があった日から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。

【高額障害児入所給付費の場合】

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に北海道知事（市長）に対し審査請求をすることができます。また処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に函館市を被告として（訴訟において函館市を代表する者は函館市長となります。）、提起することができます。

なお、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の送達を受け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。

（お問合せ先）