

新潟市介護給付費及び訓練等給付費の支給等に関する規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成30年 3月30日

新潟市長 篠田 昭

新潟市規則第41号

新潟市介護給付費及び訓練等給付費の支給等に関する規則の一部を改正する規則

新潟市介護給付費及び訓練等給付費の支給等に関する規則（平成18年新潟市規則第81号）の一部を次のように改正する。

第9条第1項中「第30条第2項」を「第30条第3項」に改める。

第13条中「第5条第21項」を「第5条第22項」に改める。

第15条第1項を次のように改める。

法第76条の2第1項の規定により、高額障害福祉サービス等給付費の支給を受けようとする同項第1号に掲げる者は、別記様式第17号により市に申請しなければならない。

第15条第2項中「省令第65条の9の2第1項」を「前項」に改め、同条に次の2項を加える。

3 法第76条の2第1項の規定により、高額障害福祉サービス等給付費の支給を受けようとする同項第2号に掲げる者は、別記様式第19号により市に申請しなければならない。

4 前項の規定により申請をした者に対する支給又は不支給の決定の通知は、別記様式第20号により行うものとする。

別記様式第1号及び別記様式第6号中「 要支援（ ）・要介護1 2 3 4

5 」を「事業対象者・要支援（ ）・要介護1 2 3 4 5」に、

「

訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	
	<input type="checkbox"/> 同行援護	
	<input type="checkbox"/> 行動援護	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）
	/	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型）
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）

を

「

訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 自立生活援助
	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	/
	<input type="checkbox"/> 同行援護	
	<input type="checkbox"/> 行動援護	
	<input type="checkbox"/> 短期入所	
	<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	
日中活動系	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）
	<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）
	/	<input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援
		<input type="checkbox"/> 就労移行支援（養成施設）
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（A型）
		<input type="checkbox"/> 就労継続支援（B型）
<input type="checkbox"/> 就労定着支援		

に改める。

」

別記様式第17号中「添えて次のとおり」を「添えて」に改める。

別記様式に次の2様式を加える。

別記様式第19号（第15条関係）

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

（宛先）新潟市長

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等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介護保険法		
申請者氏名 (支給決定障がい者等氏名)	個人番号：	制度（番号）	受給者証番号又は被保険者証番号		
生年月日	年 月 日				
居住地	郵便番号				
	電話番号				
サービス利用月の障害福祉相当介護保険サービス支払額					
申請に係るサービス利用月		年 月分			
65歳に達するまでの介護保険法による保険給付の受給有無		□無 □有			

備考 支払額を証する領収書を添付してください。

高額障害福祉サービス等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 農協		本店 支店 支所 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			
	フリガナ							
口座名義人								

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外（下の欄に記入してください。）		
フリガナ			申請者 との関係
氏名			
住所	郵便番号		
	電話番号		

第 年 月 日 号

様

新潟市長

印

高額障害福祉サービス等給付費支給・不支給決定通知書

年 月 日付け高額障害福祉サービス等給付費の申請について、下記のとおり決定しましたので通知します。

対象者氏名		受給者証番号	..... ..... ..... ..... .....
-------	--	--------	---

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
障害福祉相当 介護保険サー ビスに係る 本人支払額	円	申請に係る 障害福祉相当介 護保険サービス の利用月	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			

指 定 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

- 1 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。
- 2 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は、裁決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

附 則

この規則は、平成30年4月1日から施行する。