

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。

令和7年 11月 11日

新潟市長

中原 八一

新潟市規則第 75 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。

別記様式第1号（表）を次のように改める。

(表)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書・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 | | |
| 障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。) | | | | | 有・無 |

| | | | | | | | |
|-----------|-------------|-----------------|-----|------|------------------|-----------|--|
| サービス利用の状況 | 障がい福祉関係サービス | 障害支援区分の認定 | 有・無 | 区分等 | 1 2 3 4 5 6 非該当 | 有効期間 | |
| | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| | 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 事業対象者・要支援()・要介護 | 1 2 3 4 5 | |
| | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |

| | | | | | |
|--|-------------------------------------|---------------------------------------|--|------------|--|
| 申請するサービス | 区分 | サービスの種類 | | 申請に係る具体的内容 | |
| | | 介護給付費 | 訓練等給付費 | | |
| | 訪問系・その他 | <input type="checkbox"/> 居宅介護 | <input type="checkbox"/> 就労定着支援 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> 自立生活援助 | | |
| | | <input type="checkbox"/> 同行援護 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 行動援護 | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 短期入所 | | | |
| | 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"/> 就労選択支援 | | | | |
| 系 | 居住 | <input type="checkbox"/> 施設入所支援 | <input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム) | | |
| 地域支援 | 地域移行支援 | | | | |
| | 地域定着支援 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設 | | | | | |

| | | |
|--------|--------|-------|
| (注)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 |

注 「主治医」欄は、介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。)又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合にのみ記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|----------|-------|----|----|----|----|--|--|------------------|--------------|--------------|
| 起案 決裁 | 年 月 日 | 課長 | 補佐 | 係長 | 担当 | | | 市 記 入 欄 | 食事提供 体制加算 | きょうだいの 利用 |
| | 年 月 日 | | | | | | | | 該当・非該当 | 有・無 |

別記様式第6号(表)を次のように改める。

(表)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給変更申請書・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 | | |
| 障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援のサービスを申請する者に限る。) | | | | | 有・無 |

| | | | | | | | |
|-----------|-------------|-----------------|-----|------|------------------|-----------|--|
| サービス利用の状況 | 障がい福祉関係サービス | 障害支援区分の認定 | 有・無 | 区分等 | 1 2 3 4 5 6 非該当 | 有効期間 | |
| | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |
| | 介護保険サービス | 要介護認定 | 有・無 | 要介護度 | 事業対象者・要支援()・要介護 | 1 2 3 4 5 | |
| | | 利用中のサービスの種類と内容等 | | | | | |

変更の理由

| | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|------------|
| 変更を申請するサービス | 区分 | サービスの種類 | | | 申請に係る具体的内容 | |
| | | 介護給付費 | | 訓練等給付費 | | |
| | 訪問系・その他 | <input type="checkbox"/> | 居宅介護 | <input type="checkbox"/> | | 就労定着支援 |
| | | <input type="checkbox"/> | 重度訪問介護 | <input type="checkbox"/> | | 自立生活援助 |
| | | <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"/> | 就労選択支援 | | | |
| 系 | <input type="checkbox"/> | 施設入所支援 | <input type="checkbox"/> | 共同生活援助(グループホーム) | | |
| 地域相談支援 | <input type="checkbox"/> | 地域移行支援 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 地域定着支援 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園の設置する福祉施設 | | | | | | |

| | | | |
|--------|--------|-------|------|
| (注)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 |

注 「主治医」欄は、介護給付費、訓練等給付費(共同生活援助に係るものであって入浴、排せつ又は食事等の介護の提供を受けることを希望する場合及び日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。)又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合にのみ記入してください。

| | | | | | | | | | | |
|----|-------|----|----|----|----|--|--|--------|----------|----------|
| 起案 | 年 月 日 | 課長 | 補佐 | 係長 | 担当 | | | 市記入欄 | 食事提供体制加算 | きょうだいの利用 |
| 決裁 | 年 月 日 | | | | | | | 該当・非該当 | 有・無 | |

附 則

この規則は、公布の日から施行する。