

(参 考 資 料)

とき。

(2) 死亡したとき。

(3) その他利用申請に際し虚偽の申請をした等不正行為が認められたとき。

2 市長は、前項の規定による取消しを行うときは、地域生活支援事業決定取消通知書（第〇号様式）により利用者又はその家族等に通知するものとする。

（費用負担額の減免）

第129条 市長は、災害その他特別な事由があると認めたときは、第2条第1項各号に掲げる事業のうち費用負担の生じる事業についてその費用負担を減額し、又は免除することができるものとする。

2 前項の規定による費用負担額の減免を受けようとする利用者は、印西市地域生活支援事業費用負担減免申請書（別記第〇号様式）市長に提出するものとする。

3 市長は、前項の申請を受理したときは、その内容を審査し、減額又は免除の可否を決定し、地域生活事業費用負担減免決定（却下）通知書（別記第〇号様式）により当該申請者に通知するものとする。

（補則）

第130条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、平成18年10月1日から施行する。

首長権限で地域生活支援事業を行う場合

教示

- 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60日以内に印西市長に対して異議申立てをすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、印西市を被告として（訴訟において印西市を代表する者は印西市長となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。
- 3 この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、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの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。）。

福祉事務所長に権限を委任して地域生活支援事業を行う場合

教示

- 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60日以内に印西市長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、印西市長に申し立てれば、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か月以内に印西市を被告として（訴訟において印西市を代表する者は印西市長となります。）、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。

年 月 日

第〇号様式 (第〇条)

印西市移動支援事業利用申請書

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居住地	電話番号		
支給申請に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続 柄	
身体障害者 手帳番号		療育手帳 番 号		精神保健 福祉手帳番号

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度 区 分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の種類・内容	種 別	<input type="checkbox"/> 個別支援型	<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し			
		<input type="checkbox"/> グループ支援型				
<input type="checkbox"/> 車両移送型						
	内容					

印西市移動支援事業利用決定（却下）通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

決定者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	電話番号		
決定に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
	有効期間		費用負担	

支援の種類・内容	種類	<input type="checkbox"/> 個別支援型 <input type="checkbox"/> グループ支援型 <input type="checkbox"/> 車両移送型	<input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し
	内容		

注意事項	1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。 2 記載事項等に変更があったときには、印西市長にその旨を届出て下さい。
------	--

2 却下

却下理由	
------	--

第〇号様式 (第〇条)

印西市地域活動支援センター事業利用申請書

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	電話番号		
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の種類・内容	種別	要介護認定	有・無	要介護度	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				
申請する支援の種類・内容	種別	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅠ型				
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型				
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型				
内容						

印西市地域活動支援センター事業利用決定（却下）通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決 定

決 定 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居住地	電話番号		
決 定 に 係 る 児 童 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続 柄	
	有効期間		費用負担	

支 援 の 種 類 ・ 内 容	種 類	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅠ型
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅡ型
		<input type="checkbox"/> 地域活動支援センターⅢ型
	内 容	

注意事項	<p>1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。</p> <p>2 記載事項等に変更があったときには、印西市長にその旨を届出て下さい。</p>
------	---

2 却下

却下理由	
------	--

印西市更生訓練費支給申請書

年 月 日

印西市長 様

住 所
氏 名 印

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、 年 月分の更生訓練費の支給について、次のとおり申請します。

更生訓練費支給申請額 金 円

内訳

訓練のための経費		通 所 の た め の 経 費			計
訓練日数	金 額	訓練日数	単 価	金 額	
日	円	日	円	円	円

上記訓練日数等については、事実と相違ないことを証明します。

印西市長 様

年 月 日

施設名
施設長 印

印西市更生訓練費支給決定（却下）通知書

第 号
年 月 日

様

印西市長 印

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、次のとおり 年 月分の更生訓練費の支給を決定（却下）したので通知します。

1 決定

更生訓練費支給額 金 円

内訳

訓練のための経費 円

通所のための経費 円

2 却下

理由

印西市更生訓練費支給申請書（施設用）

支給対象者名	訓練のための経費			通所のための経費			備考
	訓練日数	単価	金額	通所日数	単価	金額	
	日	円	円	日	円	円	
<p>更生訓練費支給申請額 円也</p> <p style="margin-left: 150px;"> { 内訳 訓練のための経費計 円 通所のための経費計 円 } </p> <p>支給決定者からの委任に基づき 年 月分を上記のとおり申請する。</p> <p>なお、上記については事実と相違ないことを証明する。</p> <p>印西市長 様</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">施設長 印</p>							

印西市日中一時支援事業利用申請書

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					
	居住地				電話番号	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ				生年月日	年 月 日
					続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号		

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害程度区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
申請する支援の内容	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	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				

印西市日中一時支援事業利用決定（却下）通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

決定者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	電話番号		
決定に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
有効期間		費用負担		

支援の内容	
-------	--

注意事項	<p>1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示して下さい。</p> <p>2 記載事項等に変更があったときには、印西市長にその旨を届出て下さい。</p>
------	---

2 却下

却下理由	
------	--

印西市地域生活支援事業利用変更届

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により下記のとおり届け出します。

記

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地	電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
				続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	

種別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業 <input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	
変更事項	変更前	変更後
氏名等		
居住地		
その他		

印西市地域生活支援事業決定取消通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

決定者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	居住地	電話番号		
決定に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続柄	
有効期間		費用負担		
種別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業 <input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業			

取消理由	
------	--

印西市地域生活支援事業費用負担減免申請書

印西市長 様

印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により下記のとおり申請します。

記

申請者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地	電話番号			
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
				続柄	
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉手帳番号	

種別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業 <input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業
減免理由	

印西市地域生活支援事業費用負担減免決定（却下）通知書

様

印西市長



印西市地域生活支援事業実施規則第〇条の規定により、下記のとおり通知します。

記

1 決定

決定者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
	居住地	電話番号		
決定に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日
種 別	<input type="checkbox"/> 移動支援事業 <input type="checkbox"/> 地域活動支援センター及び同センター機能強化事業 <input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業 <input type="checkbox"/> 日中一時支援事業			

費用負担額	減 免 前	減 免 後

2 却下

却下理由	
------	--

印西市移動支援事業委託契約書

地域生活支援事業実施要綱(平成18年8月1日付障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知、以下「要綱」という。)及び印西市地域生活支援事業実施規則(平成18年規則第〇号)に基づいて実施する移動支援事業(以下「事業」という。)について印西市(以下「甲」という。)と社会福祉法人〇〇〇(以下「乙」という。)との間に次の契約を締結する。

(委託)

第1条 甲は、要綱及び規則(以下「要綱等」という。)に基づく事業を乙に委託し、乙は、これを受託するものとする。

(実施)

第2条 乙は、要綱等に基づき事業を適正かつ誠実に遂行するものとする。

(委託期間)

第3条 委託期間は平成18年10月1日から平成19年3月31日までとする。

(委託料)

第4条 甲は、事業の実施にかかる費用を乙に支払うものとし、その費用は、次の所定単価額から規則に基づく費用負担額を控除した額とする。ただし、この場合において、1円未満の端数があるときは、その端数金額は切り捨てて計算するものとする。

1 個別支援型

ア 身体介護を伴う場合

- | | |
|--------------------|--|
| (1) 所要時間30分未満の場合 | 230単位 |
| (2) 所要時間30分以上1時間未満 | 400単位 |
| (3) 所要時間1時間分以上 | 580単位に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに82単位を加算する。 |

イ 身体介護を伴わない場合

- | | |
|--------------------|--|
| (1) 所要時間30分未満の場合 | 80単位 |
| (2) 所要時間30分以上1時間未満 | 150単位 |
| (3) 所要時間1時間分以上 | 225単位に所要時間1時間から計算して所要時間30分を増すごとに75単位を加算する。 |