

新旧対照表

浦安市重度障がい者医療給付条例施行規則（昭和55年規則第9号）の一部改正

（下線の部分が改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>（受給券の交付申請）</p> <p>第3条 条例第7条に規定する受給券（以下「受給券」という。）の交付を受けようとする者は、浦安市重度心身障がい者（児）医療費助成受給券交付申請書（別記第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。<u>ただし、第1号の書類については、市長が当該書類に係る事実について確認することができる場合、</u>第2号の書類については、受給資格者が18歳未満であるとき、又は市長が所得の状況を確認することができる場合であつて当該受給券の交付を受けようとする者が同意したときは、その添付を要しない。</p> <p>(1)・(2) 省 略</p> <p>（助成の申請）</p> <p>第9条 条例第8条第2項の規定による申請は、浦安市重度障がい者医療給付金支給申請書（別記第6号様式）に次に掲げる書類を添えて行うものとする。ただし、第1号の書類のうち付加給付その他の給付の状況を明らかにする書類及び第3号の書類については、市長がこれらの書類に係る事実を確認することができる場合であつて、医療給付金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）が同意したとき、<u>第2号の書類については、市長が当該書類に係る事実について確認することができる場合は、</u>その添付を要しない。</p> <p>(1)～(3) 省 略</p>	<p>（受給券の交付申請）</p> <p>第3条 条例第7条に規定する受給券（以下「受給券」という。）の交付を受けようとする者は、浦安市重度心身障がい者（児）医療費助成受給券交付申請書（別記第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請しなければならない。ただし、第2号の書類については、受給資格者が18歳未満であるとき、又は市長が所得の状況を確認することができる場合であつて当該受給券の交付を受けようとする者が同意したときは、その添付を要しない。</p> <p>(1)・(2) 同 左</p> <p>（助成の申請）</p> <p>第9条 条例第8条第2項の規定による申請は、浦安市重度障がい者医療給付金支給申請書（別記第6号様式）に次に掲げる書類を添えて行うものとする。ただし、第1号の書類のうち付加給付その他の給付の状況を明らかにする書類及び第3号の書類については、市長がこれらの書類に係る事実を確認することができる場合であつて、医療給付金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）が同意したときは、その添付を要しない。</p> <p>(1)～(3) 同 左</p>

別 記

第 1 号様式 (第 5 条)

浦安市入浴援護申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

浦安市入浴援護を受けたいので、浦安市寝たきり身体障がい者居宅入浴援護事業の実施に関する規則第 5 条の規定により、浦安市入浴援護意見書及び誓約書を添えて次のとおり申請します。

利 用 者	住所	浦安市										
	フリガナ								性別	男・女		
	氏名											
	生年月日	年 月 日										
	個人番号											
	障がい等級	身体障害者手帳 第 種 級										
	障がい名											
	申請の理由											
	希望する回数	週 回 (曜日及び 曜日)										
	希望の時間	午前・午後 時頃										
介 助 者	フリガナ											
	氏名											
	利用者との関係											

別 記

第 1 号様式 (第 5 条)

浦安市入浴援護申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

浦安市入浴援護を受けたいので、浦安市寝たきり身体障がい者居宅入浴援護事業の実施に関する規則第 5 条の規定により、浦安市入浴援護意見書及び誓約書を添えて次のとおり申請します。

利 用 者	住所	浦安市		
	フリガナ		性別	男・女
	氏名			
	生年月日	年 月 日		
	障がい等級	身体障害者手帳 第 種 級		
	障がい名			
	申請の理由			
	希望する回数	週 回 (曜日及び 曜日)		
	希望の時間	午前・午後 時頃		
介 助 者	フリガナ			
	氏名			
	利用者との関係			

新旧対照表

浦安市精神障がい者入院医療費の助成に関する条例施行規則（平成10年規則第15号）の一部改正

（下線の部分が改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>（助成の申請）</p> <p>第3条 省略</p> <p>2・3 省略</p> <p><u>4 次の各号に掲げる場合は、当該各号に定める書類の提示又は添付は要しない。</u></p> <p><u>(1) 第2項第1号又は第2号の書類について市長が当該書類に係る事実について確認することができる場合 当該書類の提示</u></p> <p><u>(2) 第2項第5号の書類について市長が当該書類に係る事実について確認することができる場合であって、市長がその事実を確認することについて本人及び本人と同一の世帯に属する者が同意したとき 当該書類の添付</u></p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p>	<p>（助成の申請）</p> <p>第3条 同左</p> <p>2・3 同左</p> <p><u>4 第2項第5号の書類に係る事実について市が保有する情報により確認することができる場合であって、市長がその事実を確認することについて本人及び本人と同一の世帯に属する者が同意したときは、同号の書類の添付は要しない。</u></p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p>

別 記

第1号様式 (第3条第1項)

浦安市精神障がい者入院医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

郵便番号	
住 所	
フリガナ	
申請者氏名	
電 話	—

精神障がい者入院医療費の助成を受けたいので、浦安市精神障がい者入院医療費の助成に関する条例第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

										受給番号													
フリガナ															生年月日	年 月 日							
精神障がい者氏名																							
個人番号																							
加入保険	保険者名称	電話() —										区 分	1 被保険者(本人) 2 被扶養者(家族)										
	保険者番号						記号						番 号										
	資格取得年月	年 月 日					附加給付	有()・無															
対象者と同一の世帯に属する者等	氏 名	フリガナ					個人番号																
	生年月日						住 所																
	氏 名	フリガナ					個人番号																
	生年月日						住 所																
	氏 名	フリガナ					個人番号																
	生年月日						住 所																

支払方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 振込み	振 込 先	金融機関名		支店名	
		預金種目 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 貯蓄	口座 番号	名義 (カタカナ)	
添付書類 領収書(診療報酬の明細が記載されたもの)及び附加給付金の通知書(附加給付のある方のみ)					

医療機関証明欄※					
入 院	診療年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
	入院日数	日	診療報酬点数	点	
	一部負担割合	%	一部負担金の額	円	
	入院食事標準 負担額	円 (円× 日)	合計金額	円	
上記のとおり証明します。			証明手数料	円	
年 月 日		所在地 医療機関 名称 氏名		㊟	

※領収書を紛失した場合の医療機関証明欄

別 記

第1号様式(第3条第1項)

浦安市精神障がい者入院医療費助成金支給申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

郵便番号	
住 所	
ふりがな	
申請者氏名	
電 話	—

精神障がい者入院医療費の助成を受けたいので、浦安市精神障がい者入院医療費の助成に関する条例第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

記

			受給番号	
ふりがな				
精神障がい者氏名		生年月日	年 月 日	
加入 保 険	保険者名称	電話() —		区 分
	保険者番号		記号	番 号
	資格取得年月	昭・平 年 月 日	附加給付	有()・無
支払方法 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 振込み	振 込 先	金融機関名	支 店 名	
		預金種目 <input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> 貯 蓄	口座番号	名 義 (カタカナ)
添付書類 領収書(診療報酬の明細が記載されたもの)及び附加給付金の通知書(附加給付のある方のみ)				

医 療 機 関 証 明 欄※				
入 院	診 療 年 月 日	年 月 日 ~ 年 月 日		
	入 院 日 数	日	診療報酬点数	点
	一 部 負 担 割 合	%	一部負担金の額	円
	入院食事標準負担額	円 (円× 日)	合 計 金 額	円
上記のとおり証明します。 年 月 日			証 明 手 数 料	円
			所在地 医療機関 名 称 氏 名	㊟

※領収書を紛失した場合の医療機関証明欄

別 記

第1号様式 (第5条)

浦安市障がい者等移動支援利用申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住所
 氏名
 電話 ()

移動支援を利用したいので、浦安市障がい者等移動支援事業の実施に関する規則第5条の規定により、次のとおり申請します。

障がい者 又は 障がい児	フリガナ											生年月日		
	氏名											年 月 日 (歳)		
	個人番号													
	住所													
	電話番号													
障がい児 の保護者 ※1	保護者氏名	フリガナ										生年月日		
	保護者住所※2													
	個人番号													
	保護者氏名	フリガナ										生年月日		
	保護者住所※2													
	個人番号													
認定を受けている障がい	身体障がい	身体障害者手帳等級(1・2・3・4・5・6) 種類(視覚障がい・聴覚障がい・音声言語障がい・肢体不自由・内部障がい)												
	知的障がい	(1) 療育手帳(Ⓐ・Ⓐ)の1・Ⓐ)の2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他(診断書・判定・その他)												
	精神障がい	(1) 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) (2) その他 (自立支援医療(精神通院)受給者証・年金証書(精神を事由)・診断書・その他()												
	難病疾患	疾患名()												
要介護認定	有・無 要介護度 ()	通園・通学時における利用の希望※3					有・無	身体介護の必要性		有・無				

別 記

第1号様式 (第5条)

浦安市障がい者等移動支援利用申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住所
 氏名
個人番号
 電話 ()

移動支援を利用したいので、浦安市障がい者等移動支援事業の実施に関する規則第5条の規定により、次のとおり申請します。

障がい者 又は 障がい児	フリガナ							生年月日			
	氏名							年 月 日 (歳)			
	個人番号										
	住所										
	電話番号										
<u>障がい児 の保護者</u> ※1	フリガナ										
	保護者氏名										
	個人番号										
	保護者住所※2										
認定を受けている障がい	身体障がい	身体障害者手帳 等級(1・2・3・4・5・6) 種類(視覚障がい・聴覚障がい・音声言語障がい・肢体不自由・内部障がい)									
	知的障がい	(1) 療育手帳(Ⓐ・Ⓐ)の1・Ⓐ)の2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他(診断書・判定・その他)									
	精神障がい	(1) 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) (2) その他 (自立支援医療(精神通院)受給者証・年金証書(精神を事由)・診断書・その他())									
	難病疾患	疾患名()									
要介護認定	有・無 要介護度 ()	通園・通学時における利用の希望※3				有・無	身体介護の必要性		有・無		

注

- ※1欄は、障がい児(18歳未満)の場合のみ記入してください。
- ※2欄は、障がい児(18歳未満)と住所が異なる場合のみ記入してください。
- ※3欄については、有の場合は、就労証明書又は診断書が必要です。

第4号様式(第10条)

浦安市障がい者等移動支援利用申請事項変更届

年 月 日

(宛先)浦安市長

届出人 住 所
氏 名
電 話 ()

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった移動支援の
利用について、次のとおり変更が生じたので、浦安市障がい者等移動支援事業
の実施に関する規則第10条の規定により届けます。

障がい者又は障がい児	氏名	
	住所	
変更のあった事項	新	
	旧	
上記の変更が発生した日	年 月 日	

備考 同一の世帯に属する者等の追加があった場合は、個人番号も記載して
ください。

第4号様式(第10条)

浦安市障がい者等移動支援利用申請事項変更届

年 月 日

(宛先)浦安市長

届出人住所
氏名
個人番号
電話 ()

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった移動支援の利用について、次のとおり変更が生じたので、浦安市障がい者等移動支援事業の実施に関する規則第10条の規定により届けます。

障がい者又は障がい児	氏名	
	個人番号	
	住所	
変更のあった事項	新	
	旧	
上記の変更が発生した日		年 月 日

別 記

第1号様式 (第4条)

浦安市障がい者等日中一時支援利用申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住 所
 氏 名
 電 話 ()

日中一時支援を利用したいので、浦安市障がい者等日中一時支援事業の実施に関する規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

障がい者 又は 障がい児	フリガナ		生年月日
	氏名		年 月 日 (歳)
	個人番号		
	住所		
	電話番号		
障がい児 の保護者 ※1	保護者氏名	フリガナ	生年月日
	保護者住所※2		
	個人番号		
	保護者氏名	フリガナ	生年月日
	保護者住所※2		
認定を受けている障がい	身体障がい	身体障害者手帳 等級(1・2・3・4・5・6) 種類(視覚障がい・聴覚障がい・肢体不自由・内部障がい)	
	知的障がい	(1) 療育手帳(Ⓐ・Ⓐ)の1・Ⓐ)の2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他(診断書・判定・その他)	
	精神障がい	(1) 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) (2) その他(自立支援医療(精神通院)受給者証・年金証書(精神を事由)・診断書・その他()	
	難病疾患	疾患名()	
備 考			

別 記

第1号様式(第4条)

浦安市障がい者等日中一時支援利用申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住 所
 氏 名
 個人番号
 電 話 ()

日中一時支援を利用したいので、浦安市障がい者等日中一時支援事業の実施に関する規則第4条の規定により、次のとおり申請します。

障がい者 又は 障がい児	フリガナ		生年月日									
	氏名		年 月 日 (歳)									
	個人番号											
	住所											
	電話番号											
障がい児 の保護者 ※1	フリガナ											
	保護者氏名											
	個人番号											
	保護者住所※2											
認定を受けている障がい	身体障がい	身体障害者手帳 等級(1・2・3・4・5・6) 種類(視覚障がい・聴覚障がい・肢体不自由・内部障がい)										
	知的障がい	(1) 療育手帳(Ⓐ・Ⓐ)の1・Ⓐ)の2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他(診断書・判定・その他)										
	精神障がい	(1) 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) (2) その他(自立支援医療(精神通院)受給者証・年金証書(精神を事由)・診断書・その他())										
	難病疾患	疾患名()										
備 考												

注

- ※1欄は、障がい児(18歳未満)の場合のみ記入してください。
- ※2欄は、障がい児(18歳未満)と住所が異なる場合のみ記入してください。

第4号様式(第9条)

浦安市障がい者等日中一時支援事業利用申請事項変更届

年 月 日

(宛先)浦安市長

届出人 住 所
氏 名
電 話 ()

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった日中一時支援の利用について、次のとおり変更が生じたので、浦安市障がい者等日中一時支援事業の実施に関する規則第9条の規定により届けます。

障がい者又は障がい児	氏名	
	住所	
変更のあった事項	新	
	旧	
上記の変更が発生した日	年 月 日	

備考 同一の世帯に属する者等の追加があった場合は、個人番号も記載してください。

第4号様式(第9条)

浦安市障がい者等日中一時支援事業利用申請事項変更届

年 月 日

(宛先)浦安市長

届出人住 所
氏 名
個人番号
電 話 ()

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった日中一時支援の利用について、次のとおり変更が生じたので、浦安市障がい者等日中一時支援事業の実施に関する規則第9条の規定により届けます。

障がい者又は障がい児	氏名	
	個人番号	
	住所	
変更のあった事項	新	
	旧	
上記の変更が発生した日	年 月 日	

新旧対照表

浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成に関する規則（平成19年規則第69号）の一部改正

(下線の部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>(助成の申請)</p> <p>第5条 省略</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税が非課税である事実について<u>市長が確認することができる場合</u>であって、各世帯員が、市長がその事実を確認することについて同意したときは、当該世帯員に係る市町村民税の非課税証明書の添付は要しない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p> <p>別記第4号様式 <u>別紙のとおり</u></p>	<p>(助成の申請)</p> <p>第5条 同左</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税が非課税である事実について<u>市が保有する情報により確認することができる場合</u>であって、各世帯員が、市長がその事実を確認することについて同意したときは、当該世帯員に係る市町村民税の非課税証明書の添付は要しない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p> <p>別記第4号様式 <u>別紙のとおり</u></p>

別 記

第1号様式 (第5条第1項)

浦安市障がい者グループホーム入居者家賃助成申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

年度浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成を受けたいので、浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成に関する規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者 (入居者)	フリガナ		生年月日															
	氏 名																	
	住 所																	
	個人番号																	
入居者と同一の世帯に属する者等	フリガナ		生年月日															
	氏 名																	
	住 所																	
	個人番号																	
	フリガナ		生年月日															
	氏 名																	
	住 所																	
	個人番号																	
	フリガナ		生年月日															
	氏 名																	
	住 所																	
	個人番号																	
入居しているグループホーム	所在地																	
	名 称																	
申 請 額	月 額			円														
市町村民税が非課税である事実について、 <u>市長が確認すること</u> に同意するので、署名します。 <p style="text-align: center;">氏 名</p>																		

添付書類

- 1 契約書の写し又はこれに類する書類の写し
- 2 市町村民税の非課税証明書 (当該書類に係る事実について市長が確認することができる場合であって、市長がその事実を確認することについて同意したときは省略することができます。)

別 記

第1号様式 (第5条第1項)

浦安市障がい者グループホーム入居者家賃助成申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

年度浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成を受けたいので、浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成に関する規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

入居している グループホーム	所在地	
	名称	
申請額	月額	円
市町村民税が非課税である事実について、 <u>市が保有する情報により確認することに同意するので、署名します。</u>		
氏 名		

添付書類

- 1 契約書の写し又はこれに類する書類の写し
- 2 市町村民税の非課税証明書

第4号様式(第9条)

浦安市障がい者グループホーム入居者家賃助成変更届

年 月 日

(宛先)浦安市長

住 所
届出人 氏 名
電話番号

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成について、次のとおり変更が生じたので、浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成に関する規則第9条の規定により届け出ます。

入居している グループホームの名称	
変 更 の 内 容	
変 更 の 理 由	

備考 同一の世帯に属する者等の追加があった場合は、個人番号も記載してください。

第4号様式(第9条)

浦安市障がい者グループホーム入居者家賃助成変更届

年 月 日

(宛先)浦安市長

住 所
届出人 氏 名
電話番号

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成について、次のとおり変更が生じたので、浦安市障がい者グループホーム入居者家賃の助成に関する規則第9条の規定により届け出ます。

入居している グループホームの名称	
変 更 の 内 容	
変 更 の 理 由	

別 記

第1号様式 (第4条第1項)

浦安市成年後見人等報酬助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 氏名
成年後見人等 氏名

成年後見人等の報酬の助成金の交付を受けたいので、浦安市成年後見人等の報酬の助成に関する規則(以下「規則」という。)第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

後見等の区分(該当する□にレ印を付けること。)		□後見 □保佐 □補助										
成年被後見人等	住 所											
	氏 名				生年 月日	年 月 日 (歳)						
	電 話	()										
	個人番号											
成年後見人等	住 所											
	氏 名											
	電 話	()										
報酬付与の審判による報酬決定額及び対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 円											
生活保護受給	有・無	受給している場合開始日			年 月 日							
施設入所の場 合	施設名											
	入所日	年 月 日										

※規則第4条第1項各号に掲げる書類を添付すること。

※個人番号欄は、障がい者手帳の交付を受けている方のみ記入してください。

振込先	金融機関名				支店名						
	預金種目	普通・当座			口座番号						
	フリガナ	-----									
	口座名義										

別 記

第 1 号様式 (第 4 条第 1 項)

浦安市成年後見人等報酬助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 氏名

成年後見人等 氏名

成年後見人等の報酬の助成金の交付を受けたいので、浦安市成年後見人等の報酬の助成に関する規則 (以下「規則」という。) 第 4 条第 1 項の規定により、次のとおり申請します。

後見等の区分 (該当する □にレ印を付けること。)	□後見 □保佐 □補助		
成年被後見人等	住 所		
	氏 名	生年 月日	年 月 日 (歳)
	電 話	()	
成年後見人等	住 所		
	氏 名		
	電 話	()	
報酬付与の審判 による報酬決定 額及び対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日 円		
生活保護受給	有・無	受給している場合開始日	年 月 日
施設入所の場合	施設名		
	入所日	年 月 日	

※規則第 4 条第 1 項各号に掲げる書類を添付すること。

振込先	金融機関名		支店名	
	預金種目	普通・当座	口座番号	
	フリガナ			
	口座名義			

新旧対照表

浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用の助成に関する規則（平成24年規則第47号）の一部改正

（下線の部分が改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>（申請）</p> <p>第5条 助成金の交付を受けようとする対象児童の保護者（以下「申請者」という。）は、浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用助成金交付申請書（別記第1号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に申請するものとする。</p> <p>(1)・(2) 省 略</p> <p>(3) 世帯全員に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類。ただし、その課税状況に係る事実について<u>市長が確認</u>することができる場合であつて、市長がその事実を確認することについて世帯全員が同意したときは、この限りでない。</p> <p>(4) 省 略</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p>	<p>（申請）</p> <p>第5条 同 左</p> <p>(1)・(2) 同 左</p> <p>(3) 世帯全員に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類。ただし、その課税状況に係る事実について<u>市が保有する情報により確認</u>することができる場合であつて、市長がその事実を確認することについて世帯全員が同意したときは、この限りでない。</p> <p>(4) 同 左</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p>

別記

第1号様式 (第5条)

浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住所
 氏名
 電話 ()

補聴器の購入費用の助成を受けたいので、浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用の助成に関する規則第5条の規定により、次のとおり申請します。

購入を希望する補聴器の種類		別添意見書のとおり											
購入を希望する 業者名	名称												
	所在地												
	電話												
交付対象児童	氏名	フリガナ						生年月日					
	個人番号												
交付対象児童と同一の世帯に属する者等													
氏名	フリガナ	個人番号											
生年月日		住所											
氏名	フリガナ	個人番号											
生年月日		住所											
氏名	フリガナ	個人番号											
生年月日		住所											
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	最近5年間の補聴器の購入状況						右(有・無) 年 月 日購入 左(有・無) 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> この制度に基づく助成金交付 <input type="checkbox"/> 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に基づく補聴器の支給 <input type="checkbox"/> その他					
備考													

別 記

第 1 号様式 (第 5 条)

浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用助成金交付申請書

年 月 日

(宛先)浦安市長

申請者 住所
氏名
児童氏名
電話 ()

補聴器の購入費用の助成を受けたいので、浦安市軽度・中等度難聴児補聴器購入費用の助成に関する規則第 5 条の規定により、次のとおり申請します。

購入を希望する 補聴器の種類	別添意見書のとおり		
購入を希望する 業者名	名称		
	所在地		
	電話		
<u>交付対象児童の 扶養義務者名</u>		<u>児童との 続柄</u>	
生活状況等	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関	最近 5 年 間の補聴 器の購入 状況	右(有・無) 年 月 日購入 左(有・無) 年 月 日購入 <input type="checkbox"/> この制度に基づく助成金 交付 <input type="checkbox"/> 障害者の日常生活及び社 会生活を総合的に支援する ための法律に基づく補聴器 の支給 <input type="checkbox"/> その他
<u>備考</u>			

別 記

第1号様式 (第5条)

浦安市ソーシャルサポートセンター利用承認申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市ソーシャルサポートセンター指定管理者

住 所
申請者 氏 名
電話番号

ソーシャルサポートセンターを利用したいので、浦安市ソーシャルサポートセンターの設置及び管理に関する条例第8条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな											
	氏 名											
	生年月日	年 月 日 (歳)										
	個人番号											
	住 所											
	電 話											

添付書類

診療情報提供書 (第2号様式)

別 記

第1号様式 (第5条)

浦安市ソーシャルサポートセンター利用承認申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市ソーシャルサポートセンター指定管理者

住 所
申請者 氏 名
電話番号

ソーシャルサポートセンターを利用したいので、浦安市ソーシャルサポートセンターの設置及び管理に関する条例第8条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	
	電 話	

添付書類

診療情報提供書 (第2号様式)

別 記

第1号様式 (第5条)

浦安市発達障がい者等地域活動支援センター利用承認申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市発達障がい者等

地域活動支援センター指定管理者

住 所

申請者 氏 名

電話番号

発達障がい者等地域活動支援センターを利用したいので、浦安市発達障がい者等地域活動支援センターの設置及び管理に関する条例第9条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな												
	氏 名												
	生年月日	年 月 日 (歳)											
	個人番号												
	住 所												
	電 話												

添付書類

主治医意見書 (別記第2号様式)

別 記

第1号様式 (第5条)

浦安市発達障がい者等地域活動支援センター利用承認申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市発達障がい者等

地域活動支援センター指定管理者

住 所

申請者 氏 名

電話番号

発達障がい者等地域活動支援センターを利用したいので、浦安市発達障がい者等地域活動支援センターの設置及び管理に関する条例第9条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	
	電 話	

添付書類

主治医意見書 (別記第2号様式)

新旧対照表

浦安市身体障がい者福祉センターの設置及び管理に関する条例施行規則（令和2年規則第63号）の一部改正

(下線の部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>(利用承認の申請)</p> <p>第5条 条例第8条第1項の規定によりセンターの利用の承認を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、浦安市身体障がい者福祉センター利用承認申請書（別記第1号様式）に、条例第7条に規定するセンターを利用することができる者（次項において「利用資格者」という。）であることを証する書類を添えて、指定管理者に申請しなければならない。<u>ただし、市長が当該書類に係る事実について確認することができる場合は、当該書類の添付は要しない。</u></p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p>	<p>(利用承認の申請)</p> <p>第5条 条例第8条第1項の規定によりセンターの利用の承認を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、浦安市身体障がい者福祉センター利用承認申請書（別記第1号様式）に、条例第7条に規定するセンターを利用することができる者（次項において「利用資格者」という。）であることを証する書類を添えて、指定管理者に申請しなければならない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p>

別 記

第1号様式 (第5条第1項)

浦安市身体障がい者福祉センター利用承認申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市身体障がい者福祉センター指定管理者

住 所
 申請者 氏 名
 電話番号

身体障がい者福祉センターを利用したいので、浦安市身体障がい者福祉センターの設置及び管理に関する条例第8条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな											
	氏 名											
	生年月日	年 月 日 (歳)										
	個人番号											
	住 所											
	電話番号											
利 用 者 と 同 一 の 世 帯 に 属 す る 者 等	氏 名	ふりがな	個人番号									
	生年月日		住 所									
	氏 名	ふりがな	個人番号									
	生年月日		住 所									
	氏 名	ふりがな	個人番号									
	生年月日		住 所									

別 記

第1号様式 (第5条第1項)

浦安市身体障がい者福祉センター利用承認申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市身体障がい者福祉センター指定管理者

住 所
申請者 氏 名
電話番号

身体障がい者福祉センターを利用したいので、浦安市身体障がい者福祉センターの設置及び管理に関する条例第8条の規定により、次のとおり申請します。

利 用 者	ふりがな	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 (歳)
	住 所	
	電話番号	

新旧対照表

浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業の実施に関する規則（令和3年規則第53号）の一部改正

（下線の部分が改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>（利用の申請）</p> <p>第5条 大学等修学支援事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用申請書（別記第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。</p> <p>(1) 大学等に在籍し、又は在籍することが決定していることを証する書類</p> <p>(2) 浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用計画書（別記第2号様式）</p> <p>(3) 浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業承諾書（別記第3号様式）</p> <p>(4) 申請者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類（申請日の属する年度分（申請日の属する月が4月から6月までの場合にあっては、前年度分とする。）のもの）</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税の課税状況について<u>市長が確認することができる場合</u>であって、<u>市長が課税状況を確認することについて同意した</u>ときは、同項第4号の書類の添付は要しない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p>	<p>（利用の申請）</p> <p>第5条 大学等修学支援事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用申請書（別記第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。</p> <p>(1) 大学等に在籍し、又は在籍することが決定していることを証する書類</p> <p>(2) 浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用計画書（別記第2号様式）</p> <p>(3) 浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業承諾書（別記第3号様式）</p> <p>(4) 申請者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類（申請日の属する年度分（申請日の属する月が4月から6月までの場合にあっては、前年度分とする。）のもの）</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税の課税状況について<u>市が保有する情報により確認すること</u>に同意した者については、同項第4号の書類の添付は要しない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p>

別記

第1号様式(第5条第1項)

浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業を利用したいので、浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業の実施に関する規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所		
	連絡先電話番号		
	緊急時電話番号		
	ファクシミリ番号		
	電子メールアドレス		
	個 人 番 号		
認定を受けている障がい	身 体 障 が い	身体障害者手帳 等級(1・2・3・4・5・6) 種類(視覚障がい・聴覚障がい・音声言語障がい・肢体不自由・内部障がい)	
	知 的 障 が い	(1) 療育手帳(Ⓐの1・Ⓐの2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他(診断書・判定・その他)	
	精 神 障 が い	(1) 精神障害者保健福祉手帳(1・2・3) (2) その他(自立支援医療(精神通院)受給者証・年金証書(精神を事由)・診断書・ その他()	
	難 病 患 者	疾病名	
修 学 する 大学等	名 称		
	所 在 地		
	入 学 年 月 日		
希 望 する 事業者	名 称		
	所 在 地		
	連絡先電話番号		

申請者 と同一 の世帯 に属す る者等	氏名	<small>フリガナ</small>	個人番号																	
	生年 月日		住 所																	
	氏名	<small>フリガナ</small>	個人番号																	
	生年 月日		住 所																	
	氏名	<small>フリガナ</small>	個人番号																	
	生年 月日		住 所																	
同意書																				
<p>この申請に当たり、以下の事項に同意するので署名します。</p> <p>1 市町村民税の課税状況について、<u>市長</u>が確認すること。</p> <p>2 <u>市長</u>が、修学している大学等に対し、前年度の履修状況（履修科目及び修得単位数）を確認すること。</p> <p>3 利用助成金に係る請求及び受領の権限を、当該大学等修学支援事業を行った事業者に委任すること。</p> <p style="text-align: center;">（自署）</p> <p style="text-align: center;">氏名 _____</p>																				

別記

第1号様式 (第5条第1項)

浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業を利用したいので、浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業の実施に関する規則第5条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所		
	連絡先電話番号		
	緊急時電話番号		
	ファクシミリ番号		
	電子メールアドレス		
認定を受けている障がい	身体障がい	身体障害者手帳 等級 (1・2・3・4・5・6) 種類 (視覚障がい・聴覚障がい・音声言語障がい・肢体不自由・内部障がい)	
	知的障がい	(1) 療育手帳 (Aの1・Aの2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他 (診断書・判定・その他)	
	精神障がい	(1) 精神障害者保健福祉手帳 (1・2・3) (2) その他 (自立支援医療 (精神通院) 受給者証・年金証書 (精神を事由) ・診断書・ その他 ())	
	難病患者	疾病名	
修学する大学等	名 称		
	所 在 地		
	入 学 年 月 日		
希望する事業者	名 称		
	所 在 地		
	連絡先電話番号		

同意書

この申請に当たり、以下の事項に同意するので署名します。

- 1 市町村民税の課税状況について、市が保有する情報により確認すること。
- 2 市が、修学している大学等に対し、前年度の履修状況（履修科目及び修得単位数）を確認すること。
- 3 利用助成金に係る請求及び受領の権限を、当該大学等修学支援事業を行った事業者に委任すること。

(自署)

氏名 _____

第6号様式(第9条)

浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用申請事項変更届出書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
届出人 氏 名
電話番号

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった大学等修学支援事業の利用について、次のとおり変更が生じたので、浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業の実施に関する規則第9条の規定により届け出ます。

利 用 者	氏 名	
	住 所	
変更のあった 事 項	新	
	旧	
上記の変更が 発生した日		年 月 日

備考 同一の世帯に属する者等の追加があった場合は、個人番号も記載してください。

第6号様式(第9条)

浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業利用申請事項変更届出書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
届出人 氏 名
電話番号

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった大学等修学支援事業の利用について、次のとおり変更が生じたので、浦安市重度訪問介護利用対象者大学等修学支援事業の実施に関する規則第9条の規定により届け出ます。

利 用 者	氏 名	
	住 所	
変更のあった 事 項	新	
	旧	
上記の変更が 発生した日		年 月 日

新旧対照表

浦安市重度障がい者等就労支援特別事業の実施に関する規則（令和3年規則第61号）の一部改正

（下線の部分が改正部分）

改 正 後	改 正 前
<p>（利用の申請）</p> <p>第4条 重度障がい者等就労支援特別事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、浦安市重度障がい者等就労支援特別事業利用申請書（別記第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。ただし、自営業者等にあつては、第2号及び第4号の書類の添付は要しない。</p> <p>(1) 浦安市重度障がい者等就労支援特別事業利用計画書（別記第2号様式）</p> <p>(2) 浦安市重度障がい者等就労支援特別事業承諾書（別記第3号様式）</p> <p>(3) 申請者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類（申請日の属する年度分（申請日の属する月が4月から6月までの場合にあつては、前年度分とする。）のもの）</p> <p>(4) 職場介助等助成金の申請時に提出した支援計画書の写し</p> <p>(5) その他市長が必要と認める書類</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税の課税状況について<u>市長が確認することができる場合であつて、市長が課税状況を確認することに同意した者</u>については、同項第3号の書類の添付は要しない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p> <p>別記第6号様式 <u>別紙のとおり</u></p>	<p>（利用の申請）</p> <p>第4条 重度障がい者等就労支援特別事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、浦安市重度障がい者等就労支援特別事業利用申請書（別記第1号様式）に、次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。ただし、自営業者等にあつては、第2号及び第4号の書類の添付は要しない。</p> <p>(1) 浦安市重度障がい者等就労支援特別事業利用計画書（別記第2号様式）</p> <p>(2) 浦安市重度障がい者等就労支援特別事業承諾書（別記第3号様式）</p> <p>(3) 申請者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類（申請日の属する年度分（申請日の属する月が4月から6月までの場合にあつては、前年度分とする。）のもの）</p> <p>(4) 職場介助等助成金の申請時に提出した支援計画書の写し</p> <p>(5) その他市長が必要と認める書類</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税の課税状況について<u>市が保有する情報により確認することに同意した者</u>については、同項第3号の書類の添付は要しない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p> <p>別記第6号様式 <u>別紙のとおり</u></p>

別 記

第1号様式 (第4条第1項)

浦安市重度障がい者等就労支援特別事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

重度障がい者等就労支援特別事業を利用したいので、浦安市重度障がい者等就労支援特別事業の実施に関する規則第4条第1項の規定により、次のとおり申請します。

申 請 者	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日 (歳)
	住 所		
	連絡先電話番号		
	緊急時電話番号		
	ファクシミリ番号		
	電子メールアドレス		
認定を受けている障がい	身 体 障 が い	身体障害者手帳 等級 (1・2・3・4・5・6) 種類 (視覚障がい・聴覚障がい・音声言語障がい・肢体不自由・内部障がい)	
	知 的 障 が い	(1) 療育手帳 (Aの1・Aの2・Aの1・Aの2・Bの1・Bの2) (2) その他 (診断書・判定・その他)	
	精 神 障 が い	(1) 精神障害者保健福祉手帳 (1・2・3) (2) その他 (自立支援医療 (精神通院) 受給者証・年金証書 (精神を事由) ・診断書・その他 ())	
	難 病 患 者	疾病名	
支 給 決 定 の 区 分		重度訪問介護	同行援護
就 労 の 区 分		企業に雇用されている	自営業者等
就 労 先	名 称		
	所 在 地		
	連絡先電話番号		
希 望 す る 事 業 者	名 称		
	所 在 地		
	連絡先電話番号		

同意書

この申請に当たり、以下の事項に同意するので署名します。

- 1 市町村民税の課税状況について、市が保有する情報により確認すること。
- 2 市が、雇用されている企業に対し、就労の状況等を確認すること。
- 3 利用助成金に係る請求及び受領の権限を、当該重度障がい者等就労支援特別事業を行った事業者^に委任すること。

(自署)

氏名 _____

第6号様式(第8条)

浦安市重度障がい者等就労支援特別事業利用申請事項変更届出書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
届出人 氏 名
電話番号

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった重度障がい者等就労支援特別事業の利用について、次のとおり変更が生じたので、浦安市重度障がい者等就労支援特別事業の実施に関する規則第8条の規定により届け出ます。

利 用 者	氏 名	
	住 所	
変更のあった 事 項	新	
	旧	
上記の変更が 発生した日	年 月 日	

備考 同一の世帯に属する者等の追加があった場合は、個人番号も記載してください。

第6号様式(第8条)

浦安市重度障がい者等就労支援特別事業利用申請事項変更届出書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
届出人 氏 名
電話番号

年 月 日付け 第 号をもって決定のあった重度障がい者等就労支援特別事業の利用について、次のとおり変更が生じたので、浦安市重度障がい者等就労支援特別事業の実施に関する規則第8条の規定により届け出ます。

利 用 者	氏 名	
	住 所	
変更のあった 事 項	新	
	旧	
上記の変更が 発生した日		年 月 日

別 記

第1号様式 (第2条)

(表)

浦安市重度心身障がい者手当認定請求書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
 請求者 氏 名
 電話番号

浦安市重度心身障がい者手当支給条例第5条第1項の規定により、重度心身障がい者手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて、受給資格の認定を請求します。

認 定 を 受 け よ う と す る 者	フリガナ										請 求 者 との続柄		
	氏 名										年 齢		
	生年月日												
	住 所												
	個人番号												
	知的障がい	療育手帳	交 付 年 月 日										
			発 行 者										
			手 帳 番 号										
			障がいの程度										
	身体障がい	身体障害者手帳	交 付 年 月 日										
			発 行 者										
			手 帳 番 号										
			等 級										
ねたきり身体障がい	身体障害者手帳	交 付 年 月 日											
		発 行 者											
		手 帳 番 号											
		等 級											
介 護 者	フリガナ										認 定 を 受 け 取 る 者 の 続 柄		
	氏 名												
	生年月日												
	住 所												

添付書類

- 1 認定を受けようとする者の戸籍の謄本又は抄本及び認定を受けようとする者の属する世帯の全員の住民票の写し
- 2 身体障害者手帳又は療育手帳の写し
- 3 ねたきり身体障がいに該当する者にあつては、ねたきり身体障がい者日常生活現況届 (別記第2号様式)

※添付書類は、公簿等により確認することができる場合は省略することができます。

別 記

第1号様式 (第2条)

(表)

浦安市重度心身障がい者手当認定請求書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
 請求者 氏 名
 電話番号

浦安市重度心身障がい者手当支給条例第5条第1項の規定により、重度心身障がい者手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて、受給資格の認定を請求します。

認 定 を 受 け よ う と す る 者	フリガナ 氏 名		請求者 との続柄		
	生年月日		年 齢		
	住 所				
	知的障がい	療育手帳	交付年月日		
			発 行 者		
			手 帳 番 号		
			障がいの程度		
	身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日		
			発 行 者		
			手 帳 番 号		
			等 級		
	ねたきり身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日		
発 行 者					
手 帳 番 号					
等 級					
介 護 者	フリガナ 氏 名		認 定 を 受 と す 者 の 続 柄		
	生年月日				
	住 所				

添付書類

- 1 認定を受けようとする者の戸籍の謄本又は抄本及び認定を受けようとする者の属する世帯の全員の住民票の写し
- 2 身体障害者手帳又は療育手帳の写し
- 3 ねたきり身体障がいに該当する者にあつては、ねたきり身体障がい者日常生活現況届 (別記第2号様式)

(裏)

認定請求の際の確認事項

① 施設等への入所状況	
----------------	--

注 特別養護老人ホーム又は障害者支援施設に入所している場合は、国の特別障害者手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

② 居住の実態	
------------	--

注 手当の支給要件は、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されている重度心身障がい者です。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

③ 他の制度の適用状況	
----------------	--

注 国の特別障害者手当又は福祉手当を受給している場合は、手当の対象外となります。

第5号様式(第5条)

浦安市重度心身障がい者手当受給者現況届

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
届出者 氏 名
受給者との続柄

浦安市重度心身障がい者手当支給条例施行規則第5条の規定により、次のとおり届け出ます。

受 給 者	氏 名												
	住 所												
	個人番号												

① 障 が い の 内 容	
---------------------------------	--

注 必要に応じ、受給者に、医師等の診断又は更生相談所の判定を受けていただく場合があります。

② 施 設 等 へ の 入 所 状 況	
--	--

注 特別養護老人ホーム又は障害者支援施設に入所している場合は、国の特別障害者手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

浦安市重度心身障がい者手当支給条例施行規則
(令和4年規則第33号)の一部改正

改正後

第5号様式(第5条)

浦安市重度心身障がい者手当受給者現況届

年 月 日

(宛先) 浦安市長

届出者 住 所
氏 名
受給者との続柄

浦安市重度心身障がい者手当支給条例施行規則第5条の規定により、次のとおり届け出ます。

受 給 者	氏 名	
	住 所	

① 障 が い の 内 容	
---------------------------------	--

注 必要に応じ、受給者に、医師等の診断又は更生相談所の判定を受けていただく場合があります。

② 施 設 等 へ の 入 所 状 況	
--	--

注 特別養護老人ホーム又は障害者支援施設に入所している場合は、国の特別障害者手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

③ 居 住 の 実 態	
----------------------------	--

注 手当の支給要件は、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されている重度心身障がい者です。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

④ 他 の 制 度 の 適 用 状 況	
--	--

注 国の特別障害者手当又は福祉手当を受給している場合は、手当の対象外となります。

添付書類

- 1 身体障害者手帳又は療育手帳の写し
- 2 特別養護老人ホーム等に入所している者については、当該施設入所に係る契約書その他これに類する書類の写し
- 3 国の特別障害者手当又は福祉手当を受給している者については、当該手当の認定に係る通知書その他これに類する書類の写し

別 記

第1号様式 (第2条)

(表)
浦安市心身障がい児手当認定請求書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
請求者 氏 名
電話番号

浦安市心身障がい児手当支給条例第6条第1項の規定により、心身障がい児手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて、受給資格の認定を請求します。

心身障がい児	フリガナ										請求者										
	氏 名										との続柄										
	生年月日										年 齢										
	住 所																				
	個人番号																				
	知的障がい	療育手帳	交付年月日																		
			発 行 者																		
			手 帳 番 号																		
			障がいの程度																		
	身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日																		
発 行 者																					
手 帳 番 号																					
等 級																					
ねたきり身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日																			
		発 行 者																			
		手 帳 番 号																			
		等 級																			
保 護 者	フリガナ										心身障がい児との続柄										
	氏 名										続 柄										
	生年月日										個人番号										
	住 所																				

添付書類

- 心身障がい児及び保護者の戸籍の謄本又は抄本並びに心身障がい児及び保護者の属する世帯の全員の住民票の写し
- 心身障がい児の身体障害者手帳又は療育手帳の写し（更生相談所又は児童相談所の判定を受けることが困難な心身障がい児にあっては、医師の証明書）
- ねたきり身体障がいに該当する者にあっては、ねたきり身体障がい児日常生活現況届（別記第2号様式）

※添付書類は、公簿等により確認することができる場合は省略することができます。

浦安市心身障がい児手当支給条例施行規則
 (令和4年規則第34号)の一部改正

改正後

(裏)
 認定請求の際の確認事項

①施設等への入所状況	
------------	--

注 障害児入所施設等に入所している場合は、国の障害児福祉手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

②保護者及び心身障がい児の居住の実態	
--------------------	--

注 手当の支給要件は、保護者が、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されていることです。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

③同一世帯に属する者等(保護者を除く。)	氏名	フリガナ	個人番号	
	生年月日		住 所	
	氏名	フリガナ	個人番号	
	生年月日		住 所	
	氏名	フリガナ	個人番号	
	生年月日		住 所	

別 記

第1号様式 (第2条)

(表)

浦安市心身障がい児手当認定請求書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
 請求者 氏 名
 電話番号

浦安市心身障がい児手当支給条例第6条第1項の規定により、心身障がい児手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて、受給資格の認定を請求します。

心 身 障 が い 児	フリガナ			請 求 者 との続柄	
	氏 名					
	生年月日				年 齢	
	住 所					
	知的障がい	療育手帳	交付年月日			
			発 行 者			
			手 帳 番 号			
	障がいの程度					
	身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日			
			発 行 者			
手 帳 番 号						
等 級						
ねたきり身体障がい	身体障害者手帳	交付年月日				
		発 行 者				
		手 帳 番 号				
等 級						
保 護 者	フリガナ			心身障がい児との続柄	
	氏 名					
	生年月日					
	住 所					

添付書類

- 心身障がい児及び保護者の戸籍の謄本又は抄本並びに心身障がい児及び保護者の属する世帯の全員の住民票の写し
- 心身障がい児の身体障害者手帳又は療育手帳の写し (更生相談所又は児童相談所の判定を受けることが困難な心身障がい児にあっては、医師の証明書)
- ねたきり身体障がいに該当する者にあっては、ねたきり身体障がい児日常生活現況届 (別記第2号様式)

(裏)

認定請求の際の確認事項

① 施設等への入所状況	
----------------	--

注 障害児入所施設等に入所している場合は、国の障害児福祉手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

② 保護者及び心身障がい児の居住の実態	
------------------------	--

注 手当の支給要件は、保護者が、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されていることです。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

第5号様式(第5条)

浦安市心身障がい児手当受給者現況届

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
届出者 氏 名
受給者との続柄

浦安市心身障がい児手当支給条例施行規則第5条の規定により、次のとおり届け出ます。

受給者	氏名											
	住所											
	個人番号											
心身障がい児	氏名											
	住所											
	個人番号											

①障がいの内容	
---------	--

注 必要に応じ、心身障がい児に、医師等の診断又は更生相談所若しくは児童相談所の判定を受けていただく場合があります。

②施設等への入所状況	
------------	--

注 心身障がい児が障害児入所施設等に入所している場合は、国の障害児福祉手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

③受給者及び心身障がい児の居住の実態	
--------------------	--

注 手当の支給要件は、保護者が、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されていることです。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

第5号様式(第5条)

浦安市心身障がい児手当受給者現況届

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
届出者 氏 名
受給者との続柄

浦安市心身障がい児手当支給条例施行規則第5条の規定により、次のとおり届け出ます。

受 給 者	氏 名	
	住 所	
心 身 障 が い 児	氏 名	
	住 所	

①障がいの内容	
---------	--

注 必要に応じ、心身障がい児に、医師等の診断又は更生相談所の判定を受けていただく場合があります。

②施設等への入所状況	
------------	--

注 心身障がい児が障害児入所施設等に入所している場合は、国の障害児福祉手当の取扱いと同様に、手当の対象外となります。

③受給者及び心身障がい児の居住の実態	
--------------------	--

注 手当の支給要件は、保護者が、本市に居住し、かつ、本市の住民基本台帳に記録されていることです。本市の住民基本台帳に記録されていても、居住の実態が市外の場合は、手当の対象外となります。

添付書類

- 1 心身障がい児の身体障害者手帳又は療育手帳の写し(更生相談所又は児童相談所の判定を受けることが困難な心身障がい児にあっては、医師の証明書)
- 2 障害児入所施設等に入所している者については、当該施設等へ入所していることを証する書類の写し

新旧対照表

浦安市障がい者等日常生活用具給付等事業の実施に関する規則（令和4年規則第54号）の一部改正

(下線の部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>(申請)</p> <p>第6条 省 略</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税の課税状況について<u>市長が確認することができる場合</u>であって、<u>市長が課税状況を確認することに同意した者</u>については、同項第6号の書類の添付は要しない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p> <p>別記第6号様式 <u>別紙のとおり</u></p>	<p>(申請)</p> <p>第6条 同 左</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税の課税状況について<u>市が保有する情報により確認することに同意した者</u>については、同項第6号の書類の添付は要しない。</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p> <p>別記第6号様式 <u>別紙のとおり</u></p>

浦安市障がい者等日常生活用具給付等事業の実施に関する規則
 (令和4年規則第54号)の一部改正

改正後

別 記

第1号様式 (第6条第1項)

浦安市障がい者等日常生活用具給付等申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
 申請者 氏 名
 対象者との続柄
 電話番号

日常生活用具の給付等を受けたいので、浦安市障がい者等日常生活用具給付等事業の実施に関する規則第6条第1項の規定により申請します。

対 象 者	フリガナ		生年											(歳)	
	氏 名		月 日												
	住 所														
	個 人 番 号														
	身体障害者手帳											療 育 手 帳			
障 が い 児 の 保 護 者	精神障害者 保健福祉手帳											難病名(疾病名)			
	氏 名	フリガナ											生 年 月 日		
	住 所														
	個 人 番 号														
	氏 名	フリガナ											生 年 月 日		
給付を受けたい日常生活用具の名称	住 所														
	個 人 番 号														
	日常生活用具取扱事業者名														
	居室生活	住宅の状況													
	動作補助用具	改修する場所													
	改修する理由														

別 記

第1号様式 (第6条第1項)

浦安市障がい者等日常生活用具給付等申請書

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
対象者との続柄
電話番号

日常生活用具の給付等を受けたいので、浦安市障がい者等日常生活用具給付等事業の実施に関する規則第6条第1項の規定により申請します。

対 象 者	フリガナ		生年	(歳)								
	氏 名		月 日									
	住 所											
	個 人 番 号											
	身体障害者手帳			療 育 手 帳								
精神障害者 保健福祉手帳			難病名(疾病名)									
給付を受けたい日常生活用具の名称												
日常生活用具 取扱事業者名												
居 宅 生 活 動 作 補 助 用 具	住 宅 の 状 況											
	改修する場所											
	改修する理由											

同意署名欄

日常生活用具の給付等の申請に当たり、以下の事項について同意するので署名します。

- 1 費用の負担に必要な市町村民税課税状況に関する事実（同一世帯かつ同一生計者のものを含む。）について、市が保有する情報により確認すること。
- 2 介護保険法第9条第2号に規定する第2号被保険者にあつては、同法第45条第1項の規定による居宅介護住宅改修費の支給又は同法第57条第1項の規定による介護予防住宅改修費の支給が完了していること、及び当該支給額について、市が保有する情報により確認すること。

年 月 日

世帯代表者氏名

(別世帯で同一生計者がいる場合) 別世帯代表者氏名

備考

- 1 日常生活用具の種目及びその価格が記載された見積書（当該日常生活用具の給付が取付工事を伴うものであるときは、併せて当該取付工事に要する費用の額が記載されたもの）並びに日常生活用具の概要が分かる資料（カタログ等）を添付してください。
- 2 指定された日常生活用具の給付等の場合は、医師の意見書を添付してください。
- 3 正弦波インバーター発電機、ポータブル電源（蓄電池）又はDC/ACインバーターの給付については、別に定める性能要件に該当するもののみとします。
- 4 居宅生活動作補助用具の給付等の場合は、次に掲げるものを添付してください。
 - (1) 工事計画書（別記第2号様式）
 - (2) 工事図面
 - (3) 工事見積書
 - (4) 家屋所有者の改修工事承諾書（別記第3号様式）
- 5 点字図書の給付を受けようとするときは、出版施設が発行する点字図書発行証明書を添付してください。
- 6 申請者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類（申請日の属する年度分（申請日の属する月が4月から6月までの場合にあつては、前年度分）のもの）を添付してください。ただし、市が保有する情報により確認することに同意した場合は、不要です。

第6号様式(第11条第1項)

浦安市障がい者等日常生活用具申請事項変更届

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
対象者との続柄
電話番号

次のとおり申請事項に変更が生じたので、浦安市障がい者等日常生活用具給付等事業の実施に関する規則第11条第1項の規定により、届け出ます。

変 更 事 項	
変 更 後	
変 更 前	

備考

- 1 変更が生じたことを証する書類を添付してください。
- 2 同一の世帯に属する者等の追加があった場合は、個人番号も記載してください。

第6号様式(第11条第1項)

浦安市障がい者等日常生活用具申請事項変更届

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
対象者との続柄
電話番号

次のとおり申請事項に変更が生じたので、浦安市障がい者等日常生活用具給付等事業の実施に関する規則第11条第1項の規定により、届け出ます。

変 更 事 項	
変 更 後	
変 更 前	

備考 変更が生じたことを証する書類を添付してください。

新旧対照表

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則（令和5年規則第4号）の一部改正

(下線の部分が改正部分)

改 正 後	改 正 前
<p>(申請等)</p> <p>第6条 省 略</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税の課税状況について<u>市長が確認することができる場合</u>であって、<u>市長が課税状況を確認することに同意した者</u>については、同項第5号の書類の添付は要しない。</p> <p>3 省 略</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p> <p>別記第4号様式 <u>別紙のとおり</u></p>	<p>(申請等)</p> <p>第6条 同 左</p> <p>2 前項の規定にかかわらず、市町村民税の課税状況について<u>市が保有する情報により確認</u>することに同意した者については、同項第5号の書類の添付は要しない。</p> <p>3 同 左</p> <p>別記第1号様式 <u>別紙のとおり</u></p> <p>別記第4号様式 <u>別紙のとおり</u></p>

別 記

第1号様式 (第6条第1項)

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

(宛先) 浦安市長

年 月 日

日常生活用具の給付を受けたいので、浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者 (児童・ 成年患者)	フリガナ											生年月日		
	氏名													
	居住地	連絡先												
	個人番号													
	疾病名													
	手帳の有無													
児童の 保護者 (対象者 が児童の 場合)	フリガナ											続柄	生年月日	
	氏名													
	居住地	連絡先												
	個人番号													
	フリガナ											続柄	生年月日	
	氏名													
	居住地	連絡先												
個人番号														
介護・介助の状況														
給付を受けたい日常生活用具の名称														
日常生活用具取扱事業者名														

添付書類

- 1 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- 2 日常生活用具の種目及びその価格が記載された見積書
- 3 日常生活用具の概要が分かる資料 (カタログ等)
- 4 医師の意見書 (市長が指定した場合に限る。)
- 5 対象者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類 (申請日の属する年度分 (申請日の属する月が4月から6月までの場合) あるいは、前年度分) のもの。ただし、市町村民税の課税状況について市長が確認することができる場合であって、市長が課税状況を確認することについて同意したときは、不要です。

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則
(令和5年規則第4号)の一部改正 改正前

別 記

第1号様式 (第6条第1項)

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書

(宛先) 浦安市長

年 月 日

日常生活用具の給付を受けたいので、浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則第6条第1項の規定により、次のとおり申請します。

対象者 (児童・ 成年患者)	ふりがな	-----	生年	
	氏名		月日	
	居住地	連絡先		
	疾病名			
	手帳の有無			
児童の 保護者 (対象者 が児童の 場合)	ふりがな	-----	児童	
	氏名		との 続柄	
	居住地	連絡先		
介護・介助の状況				
給付を受けたい日常生活用具の名称				
日常生活用具取扱事業者名				

添付書類

- 1 千葉県小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- 2 日常生活用具の種目及びその価格が記載された見積書
- 3 日常生活用具の概要が分かる資料 (カタログ等)
- 4 医師の意見書 (市長が指定した場合に限る。)
- 5 対象者が属する世帯に係る市町村民税の課税状況を明らかにする書類 (申請日の属する年度分 (申請日の属する月が4月から6月までの場合にあつては、前年度分) のもの)。ただし、市が保有する情報により確認することに同意した場合は、不要です。

同意署名欄

日常生活用具の給付の申請に当たり、以下の事項について同意するので署名します。

費用の負担の算定のために、対象者が属する世帯の構成員及びそれ以外の者で、現に対象者を扶養しているもの全ての市町村民税課税状況に関する事実について、市が保有する情報により確認すること。

年 月 日

世帯代表者氏名

(対象者と別世帯の扶養義務者がいる場合) 別世帯代表者氏名

扶養義務者の状況	氏 名	対 象 者 との続柄	生 年 月 日	対 象 者 と の 世 帯 の 別
				<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯
				<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯
				<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯
				<input type="checkbox"/> 同世帯 <input type="checkbox"/> 別世帯

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則
(令和5年規則第4号)の一部改正 改正後
第4号様式(第10条第1項)

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具申請事項変更届

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
(成年患者・保護者) 対象者との続柄
連 絡 先

次のとおり申請事項に変更が生じたので、浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則第10条第1項の規定により、届け出ます。

対象者 (児童・成年 患者)	氏 名	
	生年月日	
変 更 事 項		
変 更 後		
変 更 前		

備考

- 1 変更が生じたことを証する書類を添付してください。
- 2 同一の世帯に属する者等の追加があった場合は、個人番号も記載してください。

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則
(令和5年規則第4号)の一部改正 改正前
第4号様式(第10条第1項)

浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具申請事項変更届

年 月 日

(宛先) 浦安市長

住 所
申請者 氏 名
(成年患者・保護者) 対象者との続柄
連 絡 先

次のとおり申請事項に変更が生じたので、浦安市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施に関する規則第10条第1項の規定により、届け出ます。

対象者 (児童・成年患者)	氏 名	
	生年月日	
変更事項		
変更後		
変更前		

備考 変更が生じたことを証する書類を添付してください。