



宮崎県公報

平成19年3月30日(金曜日)号外 第32号

発行 宮崎県
印刷 宮崎市旭1丁目6番25号
小柳印刷株式会社

発行定日 毎週月・木曜日
購読料(送料共) 1年 36,000円

目次

規則

○児童福祉法施行細則の一部を改正する規則……(障害福祉課) 1

規則

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。
平成十九年三月三十日

宮崎県知事 東国原 英夫

宮崎県規則第四十号

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

児童福祉法施行細則(昭和四十五年宮崎県規則第三十二号)の一部を次のように改正する。

第五条第一項中「第二十一条の九第四項」を「第二十条第四項」に改める。

第六条の次に次の十一條を加える。

(障害児施設給付費等の支給の申請書等)

第六条の一 省令第二十五条の七第一項の申請書は、障害児施設給付費(障害児施設医療費)支給申請書兼利用者負担額減額、免除等申請書(別記様式第十四号の二)によるものとする。

2 知事は、前項の障害児施設給付費(障害児施設医療費)支給申請書兼利用者負担額減額、免除等申請書の提出があつた場合において、障害児施設給付費の支給を決定したときは障害児施設給付費(障害児施設医療費)支給決定通知書兼利用者負担額減額、免除等決定通知書(別記様式第十四号の三)、障害児施設給付費の支給をしないことを決定したときは却下決定通知書(別記様式第十四号の四)により、当該申請書を提出した者に、通知するものとする。

(受給者証)

第六条の三 法第二十四条の三第六項の受給者証は、障害児施設受給者証(別記様式第十四号の五)によるものとする。

2 知事は、法第二十四条の二十第一項の障害児施設医療費の支給を決定したときは、障害児施設医療受給者証(別記様式第十四号の六)を前項の障害児施設受給者証と併せて交付するものとする。(障害児施設給付費等の支給内容の変更の届出書等)

第六条の四 省令第二十五条の七第七項の届出書は、同条第一項第一号又は第二号に掲げる事項の変更にあつては支給内容変更届出書(別記様式第十四号の七)、負担上限月額等の算定のために必要な事項の変更にあつては障害児施設給付費(障害児施設医療費)支給変更申請書兼利用者負担額減額、免除等変更届出書(別記様式第十四号の八)によるものとする。

2 知事は、前項の障害児施設給付費(障害児施設医療費)支給変更申請書兼利用者負担額減額、免除等変更届出書の提出があつた

場合において、変更の決定をしたときは、障害児施設給付費(障害児施設医療費)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(別記様式第十四号の九)により、当該施設給付決定保護者に通知するものとする。

(受給者証の再交付の申請書)

第六条の五 省令第二十五条の七第十項の申請書は、受給者証再交付申請書(別記様式第十四号の十)によるものとする。

(障害児施設給付費等の支給決定の取消しの通知)

第六条の六 省令第二十五条の十四第一項の書面は、支給決定取消通知書(別記様式第十四号の十一)によるものとする。

(高額障害児施設給付費の支給の申請書等)

第六条の七 省令第二十五条の十七第一項の申請書は、高額障害児施設給付費支給申請書(別記様式第十四号の十二)によるものとする。

2 知事は、前項の高額障害児施設給付費支給申請書の提出があつた場合において、高額障害児施設給付費の支給又は不支給を決定をしたときは、高額障害児施設給付費支給(不支給)決定通知書(別記様式第十四号の十三)により、当該施設給付決定保護者に通知するものとする。

(指定知的障害児施設等の指定の申請書)

第六条の八 省令第二十五条の二十一第一項(同条第二項において準用する場合を含む。)の申請書は、指定知的障害児施設等指定(更新)申請書(別記様式第十四号の十四)によるものとする。

2 省令第二十五条の二十一第二項第十三号(同条第二項において準用する場合を含む。)に掲げる事項を記載した書類は、障害児施設給付費算定に係る体制等に関する届出書(別記様式第十四号の十五)によるものとする。

(指定知的障害児施設等の変更の届出)

第六条の九 法第二十四条の十三の規定による届出は、指定知的障害児施設等指定変更届出書(別記様式第十四号の十六)によつてするものとする。

(指定知的障害児施設等の指定の辞退)

第六条の十 法第二十四条の十四の規定による指定の辞退は、指定知的障害児施設等指定辞退届出書(別記様式第十四号の十七)によつてするものとする。

(指定知的障害児施設等の指定等の公示)

第六条の十一 法第二十四条の十八の規定による公示は、指定知的障害児施設等に関する次に掲げる事項についてするものとする。

一 事業所番号

二 施設の名称及び所在地

三 指定知的障害児施設等の設置者の名称及び主たる事務所の所在地

四 指定又は指定の取消しをした年月日

五 事業の変更若しくは廃止又は指定の辞退があつた年月日

六 事業等の種類

(指定知的障害児施設等の市町村等への情報提供)

第六条の十二 知事は、指定知的障害児施設等に関する情報のうち、次に掲げる事項の全部又は一部を市町村その他の機関に提供することができる。

一 前条各号に掲げる事項

二 指定施設支援の開始年月日

三 運営規程

四 その他知事が必要と認める事項

第十六条の四第三項中「担当吏員」を「担当職員」に改める。

別記様式第十号中「第21条の9第1項」を「第20条第1項」に改める。

別記様式第十四号の次に次の十六様式を加える。

様式第14号の2(第6条の2関係)

(表面)

障害児施設給付費(障害児施設医療費)支給申請書兼利用者負担額減額、免除等申請書

宮崎県 児童相談所長 殿

障害児施設給付費に係る支給を受けたいので、児童福祉法第24条の3第1項の規定により、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					
	氏名			生年月日	年	月 日
	居住地	〒		電話番号		
フリガナ				生年月日	年	月 日
支給申請に係る障害児氏名				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

申請するサービスの種類等	サービス利用の状況	障害福祉サービス(居宅サービス)	利用中のサービスの種類、内容等			
		障害児施設支援(施設サービス)	利用中の施設名等			
		申請する支援の種類及び申請に係る具体的内容				
	障害児施設給付費	種類	<input type="checkbox"/> 知的障害児施設	<input type="checkbox"/> 第一種自閉症児施設	<input type="checkbox"/> 第二種自閉症児施設	
			<input type="checkbox"/> 知的障害児通園施設	<input type="checkbox"/> 盲児施設	<input type="checkbox"/> ろうあ児施設	
		<input type="checkbox"/> 難聴幼児通園施設	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設 (<input type="checkbox"/> 入所 ・ <input type="checkbox"/> 通所)	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設		
		<input type="checkbox"/> 肢体不自由児通園施設	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設	<input type="checkbox"/> 指定医療機関 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児 ・ <input type="checkbox"/> 重症心身障害児		
		具体的内容				

(裏面)

申 請 す る 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> 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。 (該当する番号を○で囲むこと。いずれにも該当しない場合は記入しないこと。) 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であつて、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、2以外のもの						
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 (医療型施設入所者又は福祉型施設20歳以上入所者に限る。) 下記のいずれにも該当しますので、個別減免を申請します。 1 施設入所者 2 市町村民税非課税世帯の者 3 一定の資産を有していないこと (医療型施設20歳未満入所者は除く。) ア 預貯金等の額が 350万円以下であること。 イ 不動産を所有していないこと (親族等が現に居住する不動産を除く。) <hr/> <input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定 (福祉型施設入所者に限る。) 下記のいずれにも該当しますので、特定入所者食費等給付費の支給を申請します。 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <施設を利用する方が20歳以上の場合> </td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"> <施設を利用する方が20歳未満の場合> </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">1 施設入所者であること (年令 才)。</td> <td style="padding: 2px;">1 施設入所者であること (年令 才)。</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">2 市町村民税非課税世帯の者</td> <td></td> </tr> </table>	<施設を利用する方が20歳以上の場合>	<施設を利用する方が20歳未満の場合>	1 施設入所者であること (年令 才)。	1 施設入所者であること (年令 才)。	2 市町村民税非課税世帯の者	
<施設を利用する方が20歳以上の場合>	<施設を利用する方が20歳未満の場合>						
1 施設入所者であること (年令 才)。	1 施設入所者であること (年令 才)。						
2 市町村民税非課税世帯の者							
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置 (定率負担減免措置・特例補足給付) に関する認定 生活保護への移行予防措置 (<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付) 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。						

備考 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	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ 氏 名		申 請 者 との関係	
住 所	〒 電話番号		
保険者名及び番号	被保険者の記号及び番号		

備考 「保険者名及び番号」欄及び「被保険者証の記号及び番号」欄は、障害児施設医療を希望する場合記入すること。

様式第14号の3 (第6条の2関係)

文 書 番 号
年 月 日

〒	—	市 (町・村)
		様

宮崎県 児童相談所長 [印]

障害児施設給付費 (障害児施設医療費) 支給決定通知書兼利用者負担額減額、免除等決定通知書

年 月 日に申請のありました障害児施設給付費 (障害児施設医療費) の支給及び利用者負担額の減額、免除等について、児童福祉法第24条の3第2項の規定により下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

受給者証番号		給付決定保護者氏名	
支給決定日		支給決定に係る障害児氏名	
負担上限月額 (障害児施設給付費)		円	適用期間
特定入所障害児食費等給付費		日額 円	

サービスの種類	支援の内容	有効期間

負担上限月額 (障害児施設医療費)		円	適用期間
食費上限月額		円	
公費負担者番号		公費受給者番号	

不服申立て及び取消訴訟

- この処分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、宮崎県知事に対して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、宮崎県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、前記の審査請求をしたときには、当該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か月以内に宮崎県を被告として (訴訟において宮崎県を代表する者は、宮崎県知事となります。)、提起することができます。

問い合わせ先

宮崎県 児童相談所

住所

電話番号

様式第14号の5 (第6条の3関係)

(表面)

(一)		(二)		(三)	
障害児施設受給者証		施設給付決定の内容		指定知的障害児施設等の記入欄	
受給者証番号		施設支援の種類及び内容		指定知的障害児施設等の名称	
施設給付決定保護者	フリガナ 氏名 生年月日	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	入所日	年 月 日
障害児	フリガナ 氏名 生年月日	特定入所障害児食費等給付費の支給内容		退所日	年 月 日
交付年月日		支給額		入所日	年 月 日
		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	退所日	年 月 日
		利用者負担に関する事項		入所日	年 月 日
		利用者負担割合 (原則)	1割 負担上限月額	退所日	年 月 日
		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
		社会福祉法人等による軽減措置の適用			
		軽減適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
		特記事項			
支給都道府県又は市の名称及び印	宮崎県 児童相談所長				
					(予備欄)

(裏面)

(四)

注意事項欄

- 1 この証は、各面をよく読んで大切に持つていただく。
- 2 指定施設支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定施設に提示してください。
- 3 指定施設支援を受けたときに支払う金額は、指定施設支援に要した費用（食費、光熱水費等を除く。）の 1 割です。ただし、この証の（二）面の負担上限額欄に記載された金額が一月当たりの負担上限になります（※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。）。
- また、食事及び居住に要する費用については、特定入所障害児食費等給付費の支給内容欄に記載する支給額を一日当たりの上限として支給します。
- 4 負担上限月額及び特定入所障害児食費等給付費については、毎年施設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県に提出してください。
- 5 給付決定期間を経過したときは、障害児施設給付費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県にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の申請をしてください。
- 6 この証の（一）、（二）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、県にその旨を届け出てください。

(五)

注意事項欄

- 7 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、県に御連絡、御相談ください。
- また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、県に届け出てください。
- 8 この証を破損し、汚し、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、紛失したこの証を見つけたときは、速やかに県に返してください。
- 9 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を県に返してください。
- 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。
- 11 施設給付決定の内容欄に記載されていない指定施設支援については、障害児施設給付費の支給は受けられません。

様式第14号の6(第6条の3関係)

障害児施設医療受給者証		
公費負担者番号		
公費受給者番号		
施設 給付決定 保護者	フリガナ	
居住地		
フリガナ	生年月日	
氏 名	年 月 日	
フリガナ	生年月日	
氏 名	年 月 日	
被保険者証の 記号及び番号	保険者名 及び番号	
負担上限月額	障害児施設医療 (食事療養を除く。)	円 月額
	食事療養	円 月額
適用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
交付年月日	年 月 日	
支給都道府県 又は市の名称 及び印	宮崎県 児童相談所長	

注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持つていてください。</p> <p>2 障害児施設医療を受けようとするときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定障害児施設等に提示してください。</p> <p>3 障害児施設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(※医療型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。)</p> <p>4 障害児施設医療の負担上限月額は、毎年施設給付決定保護者等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県に提出してください。</p> <p>5 給付決定期間を経過したときは、障害児施設医療費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県にこの証を添えて、障害児施設給付費の支給の再申請をしてください。</p> <p>6 この証の記載事項に変更があつたときは、14日以内に、この証を添えて、県にその旨を届け出てください。</p> <p>7 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、県に御連絡、御相談ください。</p> <p>また、給付決定期間内に、他の都道府県等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、県に届け出てください。</p> <p>8 この証を破損し、汚し、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。</p> <p>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、県に返してください。</p> <p>9 受給者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を県に返してください。</p> <p>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場合があります。</p>

様式第14号の7 (第6条の4関係)

支給内容変更届出書

宮崎県 児童相談所長 殿

年 月 日

障害児施設給付費に係る支給について次のとおり変更がありましたので、児童福祉法
施行規則第25条の7第7項の規定により届け出ます。

フリガナ ----- 申 請 者		生年 月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ ----- 支給決定に係る 障 害 児 氏 名		続柄 生年 月日	年 月 日

変更事項 (該当する記 号に○をして 下さい。)	支給決定申 請者等に関 すること。	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	利用者であ る児童に関 すること。	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との関係
	そ の 他	
変更内容	変 更 前	
	変 更 後	

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ ----- 氏 名		本人と の 関係	
住 所	〒 電話番号		

備考 変更した内容を証する書類を添付すること。

様式第14号の8 (第6条の4関係)

(表面)

障害児施設給付費 (障害児施設医療費) 支給変更申請書兼利用者負担額減額、免除等変更届出書

宮崎県 児童相談所長 殿

障害児施設給付費に係る支給について、児童福祉法施行規則第25条の7第7項の規定により、次のとおり変更を届け出ます。

		届出年月日		年	月	日
届出者	フリガナ					
	氏名	生年月日		年	月	日
届出に係る障害児氏名	居住地	〒				
		電話番号				
届出に係る障害児氏名	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		精神障害者保健福祉手帳番号		
変更の理由						

変更するサービスの種類等	サービス利用の状況	障害福祉サービス (居宅サービス)	利用中のサービスの種類、内容等			
		障害児施設支援 (施設サービス)	利用中の施設名等			
サービスの種類等	障害児施設給付費	変更する支援の種類及び変更に係る具体的内容				
		種	<input type="checkbox"/> 知的障害児施設	<input type="checkbox"/> 第一種自閉症児施設	<input type="checkbox"/> 第二種自閉症児施設	
		類	<input type="checkbox"/> 知的障害児通園施設	<input type="checkbox"/> 盲児施設	<input type="checkbox"/> ろうあ児施設	
		給	<input type="checkbox"/> 難聴幼児通園施設	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児施設 (<input type="checkbox"/> 入所 ・ <input type="checkbox"/> 通所)	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児療護施設	
	費	<input type="checkbox"/> 肢体不自由児通園施設	<input type="checkbox"/> 重症心身障害児施設	<input type="checkbox"/> 指定医療機関 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児 ・ <input type="checkbox"/> 重症心身障害児		
	具体的内容					

(裏面)

変 更 す る 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用の変更を届け出ます。 (変更後の該当する番号を○で囲むこと。いずれにも該当しない場合は記入しないこと。) 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であつて、合計所得金額及び障害者基礎年金等の収入の合計額が80万円以下のもの 3 市町村民税非課税世帯に属する者であつて、2以外のもの						
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 (医療型施設入所者又は福祉型施設20歳以上入所者に限る。) 個別減免に係る事項の変更を届け出ます。 (変更後の該当する番号を○で囲むこと。) 1 施設入所者 2 市町村民税非課税世帯の者 3 一定の資産を有していないこと (医療型施設20歳未満入所者は除く。) ア 預貯金等の額が 350万円以下であること。 イ 不動産を所有していないこと (親族等が現に居住する不動産を除く。)。						
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定 (福祉型施設入所者に限る。) 特定入所者食費等給付費の支給に係る事項の変更を届け出ます。 ----- <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"> <施設を利用する方が20歳以上の場合> </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"> <施設を利用する方が20歳未満の場合> </td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"> 1 施設入所者であること (年令 才)。 </td> <td style="border-bottom: 1px dashed black; padding: 2px;"> 1 施設入所者であること (年令 才)。 </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> 2 市町村民税非課税世帯の者 </td> <td style="padding: 2px;"></td> </tr> </table>	<施設を利用する方が20歳以上の場合>	<施設を利用する方が20歳未満の場合>	1 施設入所者であること (年令 才)。	1 施設入所者であること (年令 才)。	2 市町村民税非課税世帯の者	
	<施設を利用する方が20歳以上の場合>	<施設を利用する方が20歳未満の場合>					
1 施設入所者であること (年令 才)。	1 施設入所者であること (年令 才)。						
2 市町村民税非課税世帯の者							
<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置 (定率負担減免措置・特例補足給付) に関する認定 生活保護への移行予防措置 (<input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付) の変更を届け出ます。 *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。							

備考 いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して届け出ること。

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 届出者本人 <input type="checkbox"/> 届出者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ		届出者	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		
保険者名及び番号	被保険者の記号及び番号		

備考 「保険者名及び番号」欄及び「被保険者証の記号及び番号」欄は、障害児施設医療を希望する場合記入すること。

様式第14号の9 (第6条の4関係)

文 書 番 号
年 月 日

〒	—	市 (町・村)	様
---	---	---------	---

宮崎県 児童相談所長 印

障害児施設給付費 (障害児施設医療費) 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

年 月 日に申請のありました障害児施設給付費 (障害児施設医療費) の支給変更及び利用者負担額の減額、免除等の変更について、児童福祉法第24条の3第2項の規定により下記のとおり決定したので通知します。

記

受給者証番号									
給付決定保護者氏名					支給決定に係る障害児氏名				
変更年月日									
変更後のサービスの種類及び内容									
変更後の負担上限月額									円
変更後の特定入所障害児食費等給付費									日額 円
変更の理由									

負担上限月額 (障害児施設医療費)					円				
公費負担者番号					公費受給者番号				

受給者証を宮崎県 児童相談所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 宮崎県 児童相談所 住所 電話番号
提出期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- この処分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、宮崎県知事に対して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、宮崎県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、前記の審査請求をしたときには、当該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か月以内に宮崎県を被告として (訴訟において宮崎県を代表する者は、宮崎県知事となります。)、提起することができます。

問い合わせ先
宮崎県 児童相談所 住所 電話番号

様式第14号の10 (第6条の5関係)

受給者証再交付申請書

宮崎県 児童相談所長 殿

年 月 日

児童福祉法施行規則第25条の7第9項の規定により、次のとおり受給者証の再交付を申請します。

フリガナ ----- 申 請 者		生年 月日	年 月 日
居 住 地	〒 電話番号		
フリガナ ----- 支給決定に係る 障 害 児 氏 名		続柄 生年 月日	年 月 日
支援の内容		受給者 証番号	

申請の理由	
-------	--

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)		
フリガナ ----- 氏 名		本人と の関係	
住 所	〒 電話番号		

備考 従前使用していた受給者証を添付すること (紛失した場合を除く。)

様式第14号の11 (第6条の6関係)

文 書 番 号
年 月 日

〒	—
市 (町・村)	
様	

宮崎県 児童相談所長 印

支給決定取消通知書

児童福祉法第24条の4第1項の規定により、下記のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証 番号		給付決定保護者 氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る 障害児氏名	
取消理由			

受給者証を宮崎県 児童相談所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 宮崎県 児童相談所 住所

電話番号

返還期限 年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- この処分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、宮崎県知事に対して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、宮崎県知事に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に、前記の審査請求をしたときには、当該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か月以内に宮崎県を被告として（訴訟において宮崎県を代表する者は、宮崎県知事となります。）、提起することができます。

問い合わせ先

宮崎県 児童相談所 住所 電話番号

様式第14号の12 (第6条の7関係)

高額障害児施設給付費支給申請書

宮崎県 児童相談所長 殿

高額障害児施設給付費に係る支給について、児童福祉法第24条の6第1項の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

		申請年月日 年 月 日	
フリガナ	①障害者自立支援法 ②児童福祉法		
申請者氏名	③介護保険法		
	制 度	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	〒 電話番号		
フリガナ	続 柄		
支給決定に係る 障害児氏名	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			
支同 給一 決定 帯 障に 害者 等 す 他 の	氏 名	生年月日	①障害者自立支援法 ②児童福祉法
			③介護保険法
			制 度
			受給者証番号又は被保険者証番号

備考

- 「制度」欄は、障害者自立支援法に基づく介護給付費等の支給を受けている場合は①、児童福祉法に基づく障害児施設給付費等の支給を受けている場合は②、介護保険法に基づく介護給付費等の支給を受けている場合は③をそれぞれ記入してください。
- 支払額を証する領収書を添付してください。
- 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。
- 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。

高額障害児施設給付費等を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替 依頼書	銀行	本店	種目	口座番号			
	信用金庫	支店		1 普通預金			
	信用組合	出張所	2 当座預金				
	金融機関コード	店舗コード	3 その他				
	フリガナ	口座名義人					
	〒						

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外 (下の欄に記入)	
フリガナ	申請者	
氏 名	との関係	
住 所	〒 電話番号	

様式14号の13 (第6条の7関係)

文 書 番 号
年 月 日

〒	—
	市 (町・村)
	様

宮崎県 児童相談所長

印

高額障害児施設給付費支給 (不支給) 決定通知書

年 月 日に申請のありました高額障害児施設給付費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定 保護者氏名		受給者 証番号												
支給決定に 係る障害児氏名														

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	円
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	
不支給の理由			

支払方法 (口座払)	
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

- この処分について不服があるときは、この通知書を受け取つた日の翌日から起算して60日以内に、宮崎県知事に対して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、宮崎県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。
- この処分の取消しの訴えは、この通知書を受け取つた日の翌日から起算して6か月以内に、前記の審査請求をしたときには、当該審査請求に対する裁決書を受け取つた日の翌日から起算して6か月以内に宮崎県を被告として (訴訟において宮崎県を代表する者は、宮崎県知事となります。)、提起することができます。

問い合わせ先

宮崎県 児童相談所

住所

電話番号

様式第14号の14(第6条の8関係)

受付番号

指定知的障害児施設等指定(更新)申請書

年 月 日

宮崎県知事 殿

申請者 所 在 地
(設置者) 名 称
代表者の氏名

印

指定障害児施設支援に係る指定(指定の更新)を受けたいので、児童福祉法第24条の9第1項(第24条の10第4項において準用する同法第24条の9第1項)の規定により、次のとおり関係書類を添えて申請します。

申請者(設置者)	フリガナ			
	名 称			
	主たる事務所の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市	
	法人である場合その種別		法人所轄庁	
	連絡先	電話番号	F A X 番 号	
		メールアドレス		
	代表者の職・氏名	職 名	フリガナ	氏 名
指定を受けようとする施設の種類の種類	フリガナ			
	名 称			
	施設の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市	
	施 設 種 別		指定申請する施設の支援開始年月日	様 式
	同一所在地内において行う事業等の種類	事 業 者 番 号		
	備 考			

備考

- 1 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 2 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」等の別を記載してください。
- 3 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 4 「同一所在地内において行う事業等の種類」欄には、今回申請をするもの及び既に指定を受けているものについて事業の種類を記載してください。
- 5 「事業者番号」欄には、県において既に事業所としての指定を受け、番号が付番されている場合に、その事業所番号を記載してください。複数の番号を有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。

付表1-1

知的障害児施設支援の指定に係る記載事項

(知的障害児施設)

受付番号

施 設	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号				FAX番号			
管 理 者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー) 県 郡・市				
	氏 名								
併設する施設の名称及び概要		名 称							
		概 要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号				
他事業の実施の有無			有 ・ 無						
従業者の職種・員数		医師		児童指導員		保育士		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		調理員		職業指導員					
		専従	兼務	専従	兼務				
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		□居室 □静養室 □調理室 □浴室 □便所			
居室	1室の最大定員	人		人以下		(設置部分の□に✓印を付すこと。)			
	入所児1人あたりの 最小床面積	m ²		m ²					
主な揭示事項									
入所定員		人(過去3か月平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名 称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、平面図、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児施設給付費の請求に関するもの)							

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別業に記載した書類を添付してください。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表1-2

知的障害児施設支援の指定に係る記載事項

(第一種自閉症児施設 第二種自閉症児施設)

受付番号	
------	--

*いずれかに○を付してください。

施 設	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -)		県 郡・市					
管 理 者	フリガナ			住 所	(郵便番号 -)		県 郡・市		
	氏 名								
併設する施設の名称及び概要		名 称							
		概 要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号					
他事業の実施の有無				有 ・ 無					
従業者の職種・員数		医師		児童指導員		保育士		栄養士	
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		調理員							
従業者数	常勤(人)	専従	兼務						
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値		<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 観察室 <input type="checkbox"/> 訓練室			
居室	1室の最大定員	人		人以下		(設置部分の□に✓印を付すこと。) *第一種については、医療法に規定する 病院として必要な設備を満たしていること			
	入所児1人あたりの 最小床面積	m ²		m ²					
主な掲示事項									
入所定員		人(過去3か月平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、平面図、設備・備品等一覧表、契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児施設給付費の請求に関するもの)							

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表2

知的障害児通園施設支援の指定に係る記載事項

(知的障害児通園施設)

受付番号

施設	フリガナ									
	名称									
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市								
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -) 県 郡・市					
	氏名									
併設する施設の名称及び概要		名称								
		概要								
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等 他事業の実施の有無				第 条第 項第 号 有 ・ 無						
従業者の職種・員数		医師		児童指導員		保育士		栄養士		
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
		調理員		職業指導員						
		専従	兼務	専従	兼務					
従業者数	常勤(人)									
	非常勤(人)									
備考										
基準上の必要人数(人)										
設備基準上の数値記載項目等		基準上の必要値				<input type="checkbox"/> 指導室 <input type="checkbox"/> 遊戯室 <input type="checkbox"/> 屋外遊戯場 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 浴室・シャワー室 (設置部分の□に✓印を付すこと。)				
		指導室	m ² (児童1人当たり)	m ² (児童1人当たり)以上						
		遊戯室	m ² (児童1人当たり)	m ² (児童1人当たり)以上						
主な掲示事項										
入所定員		人(過去3か月平均入所児 人)								
利用料										
その他の費用										
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況			している ・ していない					
		苦情解決の措置概要			窓口(連絡先)		担当者			
		その他								
協力医療機関		名称				主な診療科名				
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、平面図、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児施設給付費の請求に関するもの)								

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な掲示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表3

盲ろうあ児施設支援の指定に係る記載事項

(盲児施設 ろうあ児施設 難聴幼児通園施設)

受付番号

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ								
	名称								
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市							
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー) 県 郡・市				
	氏名								
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等					第 条第 項第 号				
他事業の実施の有無			有 ・ 無						
従業者の職種・員数		医師		児童指導員		保育士		栄養士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		調理員		聴能訓練担当職員		言語機能訓練担当職員		職業指導員	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設備基準上の数値記載項目等						<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 講堂 <input type="checkbox"/> 遊戯室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 職業指導に必要な設備 <input type="checkbox"/> 観察室 <input type="checkbox"/> 音楽に関する設備 <input type="checkbox"/> 映写に関する設備 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 聴力検査室			
居室	1室の最大定員	人		基準上の必要値		人以下			
	入所児1人あたりの最小床面積	㎡		㎡		(設置部分の□に✓印を付すこと。)			
主な揭示事項									
入所定員		人(過去3か月平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、平面図、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児施設給付費の請求に関するもの)							

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」「基準上の必要値」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表4-1

肢体不自由児施設支援の指定に係る記載事項

(肢体不自由児施設 肢体不自由児通園施設)

受付番号

※いずれかに○を付してください。

施設	フリガナ 名称								
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市							
	連絡先	電話番号			FAX番号				
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 ー) 県 郡・市				
	氏名								
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号					
他事業の実施の有無		有 ・ 無							
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設置部分等 (設置部分の□に✓印を付すこと。)		<input type="checkbox"/> ギブス室 <input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 屋外訓練場 <input type="checkbox"/> 講堂 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 図書室 <input type="checkbox"/> 相談室 <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 義肢装具を製作する設備 <input type="checkbox"/> 特殊手工芸等の作業を指導するに必要な設備 ＊医療法に規定する病院・診療所として必要な設備を満たしていること							
主な揭示事項									
入所定員		人(過去3か月平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、平面図、設備・備品等一覧表、契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児施設給付費の請求に関するもの)							

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表4-2

肢体不自由児施設支援の指定に係る記載事項

(肢体不自由児療護施設)

受付番号

施設	フリガナ								
	名 称								
	所在地		(郵便番号 -) 県 郡・市						
	連絡先		電話番号	FAX番号					
管理者	フリガナ		(郵便番号 -)						
	氏 名		県 郡・市						
併設する施設の名称及び概要		名 称							
		概 要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等			第 条第 項第 号						
他事業の実施の有無		有 ・ 無							
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		栄養士		調理員		職業指導員			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		常勤(人)							
		非常勤(人)							
備 考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設 置 部 分 等 (設置部分の□に✓印を付すこと。)		<input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 訓練室 <input type="checkbox"/> 屋外訓練場 <input type="checkbox"/> 調理室 <input type="checkbox"/> 医務室 <input type="checkbox"/> 静養室 <input type="checkbox"/> 便所 <input type="checkbox"/> 浴室							
主な揭示事項									
入所定員		人(過去3か月平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
協力医療機関		名 称				主な診療科名			
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、平面図、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの、契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児施設給付費の請求に関するもの)							

備考

- 1 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 2 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 3 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 4 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表5

重症心身障害児施設支援の指定に係る記載事項

(重症心身障害児施設)

受付番号

施 設	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 ー) 県 郡・市							
管 理 者	フリガナ			住 所	(郵便番号 ー)				
	氏 名				県 郡・市				
併設する施設の名称及び概要		名 称							
		概 要							
当該支援の実施について定めてある定款又は条例等				第 条第 項第 号					
他事業の実施の有無				有 ・ 無					
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務	
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
従業者の職種・員数		栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士			
		専従 兼務		専従 兼務		専従 兼務			
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
従業者の職種・員数		心理指導担当職員							
		専従 兼務							
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備 考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
設 置 部 分 等 (設置部分の□に✓印を付すこと。)		□観察室 □訓練室 □看護師詰所 □浴室 * 医療法に規定する病院として必要な設備を設けてあること							
主な揭示事項									
入所定員		人(過去3か月平均入所児 人)							
利用料									
その他の費用									
その他参考となる事項		第三者評価の実施状況		している ・ していない					
		苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)		担当者			
		その他							
添付書類		別添のとおり(定款及び登記事項証明書又は条例等、運営規程、入所児からの苦情を解決するために講ずる措置の概要、勤務体制・形態一覧表、資産状況(貸借対照表、財産目録等)、平面図、設備・備品等一覧表、契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの、障害児施設給付費の請求に関するもの)							

備考

- 「受付番号」「基準上の必要人数」欄には、記載しないでください。
- 記入欄が不足する場合は、適宜欄を設けて記載するか、又は別葉に記載した書類を添付してください。
- 「併設する施設の名称及び概要」欄には、施設の目的及び提供するサービスの内容等を記載してください。
- 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

様式第14号の15 (第6条の8の関係)

(表面)

障害児施設給付費算定に係る体制等に関する届出書

年 月 日

宮崎県知事 殿

届出者 所 在 地
名 称
代表者の氏名



このことについて、関係書類を添えて次のとおり届け出ます。

届出者	フリガナ 名称			
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市		
	連絡先	電話番号		F A X 番号
	法人の種別		法人所轄庁	
	代表者の職・氏名	職名		氏名
	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市		
施設 の 状 況	フリガナ 名称			
	主たる施設の所在地	(郵便番号 —) 県 郡市		
	連絡先	電話番号		F A X 番号
	管理者の氏名	職名		氏名
	管理者の住所	(郵便番号 —) 県 郡市		

(裏面)

施設支援の種類	指定年月日	異動等の区分	異動年月日	異動項目 (※変更の場合)
		1 新規 2 変更 3 終了		
特 記 事 項	変更前		変更後	
関係書類		別紙のとおり		

備考

- 1 「法人の種類」欄は、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 2 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 3 「異動等の区分」欄は、今回届出を行う事業所・施設について該当する数字に「○」を記入してください。
- 4 「異動項目」欄は、「障害児施設給付費等の算定に係る体制等状況一覧表」に掲げる項目を記載してください。
- 5 「特記事項」欄は、異動の状況について具体的に記載してください。

別紙

障害児施設給付費の算定に係る体制等状況一覧表

施設種別	定員規模	その他該当する体制等		
			適用開始日	
	()人	栄養管理体制	1 なし 2 常勤の管理栄養士 3 常勤の栄養士 4 その他の管理栄養士又は栄養士	
		職業指導員体制	1 なし 2 あり (1) 職業指導員の配置数 () (2) 対象児童数 () (3) 児童指導員及び保育士の配置数 ()	
		小規模施設としての加算体制	1 なし 2 あり (1) 指定施設基準に定める児童指導員及び保育士の定数 () (2) 児童指導員及び保育士の配置数 ()	
		重度知的障害児収容棟の設置	1 なし 2 あり	
		肢体不自由児施設重度病棟の設置	1 なし 2 あり	
		自活訓練施設の設置	1 なし 2 あり	
		強度行動障害加算体制の整備	1 なし 2 あり	
		障害児通園施設の相互利用制度体制の整備	1 なし 2 あり 受入可能対象児()	

様式第14号の16(第6条の9関係)

指定知的障害児施設等指定変更届出書

年 月 日

宮崎県知事 殿

届出者 所 在 地
(設置者) 名 称
代表者の氏名

Ⓜ

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので、児童福祉法第24条の13の規定により届け出ます。

指定内容を変更した施設	名 称 所 在 地 支 援 の 種 類	
変更があつた事項	変更の内容	
1 施設の名称	(変更前)	
2 施設の所在地(設置の場所)		
3 申請者(設置者)の名称	(変更後)	
4 代表者の氏名及び住所		
5 定款、寄附行為等及びその登記事項証 明書又は条例等(当該指定に係る事業に 関するものに限る。)		
6 施設の平面図及び設備の概要		
7 施設の管理者の氏名及び住所		
8 運営規程		
9 障害児施設給付費の請求に関する事項		
変更年月日		年 月 日

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 変更内容がわかる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

様式第14号の17(第6条の10関係)

指定知的障害児施設等指定辞退申出書

年 月 日

宮崎県知事 殿

申出者 所 在 地
(設置者) 名 称
代表者の氏名

印

次のとおり指定を辞退したいので、児童福祉法第24条の14の規定により申し出ます。

指定を辞退する施設	名	称
	所	在 地
指定を受けた年月日	年 月 日	
指定を辞退する年月日	年 月 日	
指定を辞退する理由		
現に施設に入所している者に対する措置		

備考 指定を辞退する日の3か月前までに届け出てください。

別記様式第二十八号の二中「理」を「吏」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。ただし、第十六条の四の改正規定及び別記様式第二十八号の二の改正規定は、平成十九年四月一日から施行する。