

宮崎県公報

平成19年3月30日(金曜日)号外 第32号

 発
 方
 宮

 印
 刷
 宮崎市旭1丁目6番25号 小

 小
 柳
 印
 科

 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

頁

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

平式十九年三月三十日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。

宮崎県知事 東国原 英 夫

阿哈里斯里第四十中

児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

部を吹のように改正する。 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

に攻める。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」

第六条の次に次の十一条を加える。

(障害児施設給付費等の支給の申請書等)

- 等申請書(別記様式第十四号の二)によるものとする。付實(隨害児施設医療費)支給申請書兼利用者負担額減額、免除第六条の二(省令第二十五条の七第一項の申請書は、障害児施設給
- とする。 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(別記様式第除等決定通知書(別記様式第十四号の三)、障害児施設経付費の(障害児施設医療費) 支給決定通知書兼利用者負担額減額、免いて、障害児施設絡付費の支給を決定したときは障害児施設給付請書兼利用者負担額減額、免除等申請書の提出があった場合におり 知事は、前項の障害児施設絡付費(隨害児施設医療費)支給申

()教籍推開)

- 給者証(別記様式第十四号の五)によるものとする。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
- (障害児施設給付費等の支給内容の変更の届出書等)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。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
- 式第十四号の八)によるものとする。 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)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一号又は第二号に掲げる事項の変更にあっては支給内容変更届出第六条の四(省令第二十五条の七第七項の届出書は、同条第一項第
- 更申請責兼利用者負担額減額、免除等変更届出書の提出があつた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

付決定保護者に通知するものとする。等変更決定通知書(別記様式第十四号の九)により、当該施設結害児施設医療費)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

(受給者証の再交付の申請書)

付申請書(別記様式第十四号の十)によるものとする。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

(障害児施設給付費等の支給決定の取消しの通知)

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

(高額障害児施設給付費の支給の申請書等)

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

(指定知的障害児施設等の指定の申請書)

- (更新)申請書(別記様式第十四号の十四)によるものとする。 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第六条の八 省合第二十五条の二十一第一項(同条第二項において
- の十五)によるものとする。 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、障害児り 省合第二十五条の二十一第一項第十三号(同条第二項において

(指定知的障害児施設等の変更の届出)

するものとする。 書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

(指定知的障害児施設等の指定の辞退)

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

(指定知的障害児施設等の指定等の公示)

- 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。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

 - 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 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った年月日
- 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。

- | 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

第十六条の四第二項中「担当吏員」を「担当職員」に改める。 \$ 10°

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

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
		フリ	ガナ										
申		氏	名					,	生年月日		年	月	目
請													
者				Ŧ									
1		居	住 地										
										電話番号			
		リス							生年月日		年	月	F
			に係る									/1	
章 身位			氏 名			虚さ さ	手帳		続柄	 精神障害者	- (早/車		
手「	灰 1	か 7	7			番	号			福祉手帳	省 万		
	11				到田仕	101	トービフ	 の種類、	内宏学				
	サー	障2	害福祉サ	ービス	小リ/TI 十 	- V) y		7.77里天貝、	门合守				
ビ (居宅サービス)													
申	ス利												
'	用の	障	害児施訂	设支援	利用中	コの旅	超 設名等						
請	状	(+	施設サー	レ フ)									
す	況	()	地域 グー	L //									
る					申請す	⁻ る支	で援の種類	類及び申	<u>請に係る</u>	具体的内容 	\$		
			□知的障	宇里伊施	設	───── │□第一種自閉症児			児協設	□ □第二種自閉症児施設			
サ	障			ドロ ノレルビ	HX.		□ 第 種目 闭延 克施				正元旭武		
		15											
ピ	害	種	□知的障	管害児通	園施設		口盲児別	拖設		□ろうあ児施設			
ス	児	-											
	施		□離職√	力児通園	七二			不自由児		 □肢体不	白山旧	皮維-	法 記
0	設	類	□──美田小心み	リグム地図	儿口又		(□入戸	 ・	□通所)		ΗШΊ	J7只 p受 /	旭叹
種											사는 사사 무리	=	
類	給 │ □肢体不自由児通園施設 │ □重症心						重症心身障害児施設 □指定医療機関 □ 肢体不 ・ □ 重症心 □ 自由児 □ 障害児					重症心身	
等	付									一自由	児		章害児
+	費	具体											
	,	的											
		具体的内容											
		Ţ											

(裏面)

	□ 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。)	
申	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)
請	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	
す	□ 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。	
る	1 施設入所者	
	2 市町村民税非課税世帯の者	
減	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。	
免	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。)。	
	□ 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。)	
の	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。	
	〈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〉	
種	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	
類	□ 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(□定率負担減免措置 □特例補足給付)を申請します。	
F.3.1.	*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	請考 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	□申請者本人 □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	
保険者名及び番号	被	波保険者の記	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 号 書 番 年 月 H

 \mp 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。

	İ	記		
受給者 番		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	冷田地門	
特定入所障害力	見食費等給付費	日額 円	適用期間	
			·	
サービン	ス の 種 類	支援の内容	有 効	期間

負担上限月額	(障害	児施診	设医療	費)	円	円				
食費	上		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

- 1 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ことができます。 2 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

様式第14号の4 (第6条の2関係)

文 書 番 号 年 月 日

〒 市 (町・村)

> 印 宮崎県 児童相談所長

却下決定通知書

年 月 日に申請のありました障害児施設給付費の支給及び利用者負担額の減額、免除 等については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

- 1 申請事項
- 2 却下の理由

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ことができます。
- 2 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

施設確認印 指定知的障害児施設等の記入欄 Ш Ш Ш Ш Ш Ш 入所日・退所日 町 皿 皿 Щ 皿 皿 入所日 (基所日 (基所日 入所日 年 退所日 年 入所日 年 退所日 児称 青名 定知的障: 設等の4 (予備欄) 岩 插 特定入所障害児食費等給付費の支給内容 Щ щ # # # 利用者負担に関する事項 社会福祉法人等による軽減措置の適用 施設給付決定の内容 日から 日から B 200 B 負担上限月額 (表面) 皿 Щ 皿 # # 1割 施設支援の種類 及 び 内 容 給付決定期間 利用者負担割合 (原則) 軽減適用期間 適用期間 適用期間 支給額 特記事項 児童相談所長 障害児施設受給者証 様式第14号の5 (第6条の3関係) 1 宮崎県 支給都道府県 又は市の名称 及び印 受給者証番号 フリガナ 居住地 生年月日 フリガナ 生年月日 **万名 压**名 交付年月 障害児 施設給付決定保護者

東面)

Ħ

注意事項欄

てください。 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る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)

で大切に持

をよく読ん 注意事項欄

各面為

の証は、

面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 (※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

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。 東た、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、紛失したこの証を発 見したときは、速やかに県に返してください。 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。 10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により 心罰されることがあります。 加割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。 6

13

9

— 8 —

0

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。

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

様式第14号の6(第6条の3関係)

	100	1	(D # E , 4	1	<u>υ</u> τυ	No (0 1	-			, ,,,	6,01
障害児施設医療受給者証					生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日	保険者名及び番号	障害児施設医療 月額 (食事療養を除く。)	食事療養 月額 円	年月日から 年月日まで	年 月 日	宮崎県 児童相談所長
	公費負担者番号	公費受給者番号	[フリガナ	以 本 上 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田 田	フリガナ	氏名	フリガナ	事 五 五 名	被保険者証の 記号及び番号	各扣 5限日婚	只适上做万暇	適用期間	交付年月日	支給都道府県 又は市の名称 及び印

注意事項欄

- 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
- 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。)。 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。
 - ・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
- 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
- 記を添えて、県にその旨を届け出てください。 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。田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。
- 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、再交付を受けて後、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。 受給者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を県に返り てくだない。
 -) 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、

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。 生年

フリガナ		生年 年 月 日					
申請者		月日					
居住地	〒	電話番号					
フリガナ		続柄					
支給決定に係る		生年					
障害児氏名		月月日 年 月 日					
	I						
変更事項	支給決定申 請者等に関 ①氏名 ②居住地 すること。	③連絡先					
(該当する記 号に○をして 下さい。)	利用者であ る児童に関 ④氏名 ⑤居住地 すること。	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	□申請者本人 □申請者本人以外						
フリガナ 氏 名		- 本人と の関係					
	l _						

備考 変更した内容を証する書類を添付すること。

住

所

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

0).	とわ	5 り 多	変更を届り	ナ出ます	0						F	П	
_		フリ	リガナ						_ <u>届出年月</u> 	<u> </u>	年	月	<u> </u>
届出		氏	名						生年月日		年	月	日
者		居	住 地	〒						電話番号			
 届 障									生年月日続柄		年	月	日
身体手	障	害	者			療育番	育手帳 号			L 精神障害者 福 祉 手 帳			
	変見	更の	理由										
変更する	サービス利用の状況	() 	害福祉サービーを選択を関する。	ビス) 没支援	利用中	コ の旅	拖設名等			具体的内容	· 5		
サー	73ts		□知的障	章害児施		<u>~J ×</u>		·種自閉症		□第二種自閉症児施設 □ □ 第二種自閉症児施設			
ビス	障害旧	種	□知的障	管害児通	園施設		□盲児施設 □ろうあ児施設				ţ		
の種	児 施 類 □難聴幼児通園施設 設					□肢体	不自由児 、所 ・	施設 □通所)	□肢体不	自由児	上療護が	也設	
類等	給 付	1	□肢体不	「自由児	通園施	設	□重症	心身障害	児施設	□指定医 □ 版体 □ 自由	療機関 不 児	一重	重症心身 医害児
<u> </u>	費	具体的内容											

(裏面)

		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。)
変		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
更			収入の合計額が80万円以下のもの
			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
す			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。
る			(変更後の該当する番号を○で囲むこと。)
			施設入所者
減			市町村民税非課税世帯の者
<i>h</i>		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。)。
免			ア 預貯金等の額が 350万円以下であること。
Ø)		Ш	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。)。 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。)
			特定入所有食費等給付費の支給に係る事項の変更を届け出ます。
種	/協言		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 = 1			(大所者であること (年令 才)。 1 施設入所者であること (年令 才)。
類			村民税非課税世帯の者
		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(□定率負担減免措置 □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	考し	する	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		□届出者本人	□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。

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	支給決定障 害 児	
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	療費)						円		
公費負担者番号	1	1 1 1			公費受給者番号	I I I	 		 	

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

- 1 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ことができます。
- 2 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

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			生年	F	П	
申請者			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			生年	F		1
障害児氏名			月日	年	月	日
支援の内容			受給者			
又饭070谷			証番号			
申請の理由						
申請書提出者	□申請者本人	□申請者本人以	外(下のホ	闌に記入)		
フリガナ			本人と			
丘 夕			の関核			

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。)。

住

所

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	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		

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 受給者証を宮崎県 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

- 1 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ことができます。
- 2 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

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。

										F	申請年	F月 F	3			左	F.	J]	-	1_
フ	リ :	ガナ								①障			と援	法	2	児重	 首福	祉治	去		
										③介記											
申請	青者	氏名								制	度	受	給者	証番	号	又は	被仍	除	者証	番号	7
												+									
生	年	月日				年	,	月	. 日			+									
			╁╤							<u> </u>			I	l	l	l					
居	住	地	'																		
												電話	舌番	号							
		ガナ							続	桺	j										
		に係る							生	年月日						左	E	F	1	F	∃
		1氏名	111 -411-2 1	1	<i>h</i> # 11	7 ~ -1-14	صادات ۸	. 1		1 / 4 17		-L	-) <i>[</i>	<u></u>			'		-		
						の支払						申請					年		月	分	
サー	<u>-ヒス</u>	利用月	の中請者	「の対象	於賀用 (の支払台	1計程	!		①障	±±±∴⊢		利用			IH 3	소녀	' - 1 1 1	+		
支同	╗		氏		名			生年	ЯΠ	3介記			人/友	広	4	ソモュ	童福	11年代	Image: state of the content of the co		
			14		10			工十	7 11	制	度度		:給 者	4部	悉号	- ▽ l·	十納	保险	者言	下悉	문
決世										1113	_/	+^	/ <u> </u>	J HALL	<u> </u>			PINE	, Д н	ь да	, ,
定帯																					
障に																					
害履																					
者す																					
等る												-	-							_	
他													-								
0	7											+	\vdash								
/+++-	L_						I			l			Ь					ш			

備考

- 1 「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。
- 2 支払額を証する領収書を添付してください。
- 3 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。
- 4 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。

			銀行	本店	種目		П	座番	号	
			信用金庫	支店	1 普通預金					
П	座 振	替	信用組合	出張所	2 当座預金					
依	頼	書	金融機関コード	店舗コード	3その他					
					O C VALE					
			フリカ゛ナ							
			口座名義人							

申詞	清書提出者	□申請者本人	□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

		. TK ''	., .		,	
様式14号の13(第	6条の7関係)					
₹ –	市 (町・村) 様				文書年	番 号 月 日
		宫	「崎県	児童相詞	炎所長	印
	高額障害児施設給何	寸費支給 (不支給)	決定通知	中書		
年 月 たので通知します	1.1 1 1111 -> > 9 1 - 1		費につい	ハては、下	記のとおり) 決定しまし
		記				
支給決定 保護者氏名 支給決定に 係る障害児氏名		受給者 証番号				
受付年月日本人支払額	年 月 日	決定年月日申請に係る		年	月 日	円
支給	□する □しない	サービス利用月 支 給 金 額				1 1
不支給の理由		74 H II M				
	法(口座払)					
崎県知事に対し 立てれば、口頭 2 この処分の取	取消訴訟 いて不服があるときは、この て審査請求をすることができることができまり意見を述べることができまりである。 消しの訴えは、この通知書きましば、当該審査請求に対す	きます。なお、審査 できます。 と受け取つた日の翌	請求をし	た場合に ☑算して 6	は、宮崎り	県知事に申し に、前記の審

問い合わせ先

ができます。

宮崎県 児童相談所 住所

電話番号

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

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

月 日

宫崎県知事

殿

申請者 所 地 在 称 名 (設置者) 代表者の氏名

(EII)

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。

	フ リ ガ ナ	
	名 称	
申請者	主たる事務所の所在地	(郵便番号 —)
$\overline{}$	法人である場合その種別	法人所轄庁
設置者	連絡先 電話番号 メールアドレス	FAX番号
者	代表者の職・氏名	職 名
	代表者の住所	(郵便番号 一) 県 郡・市
指	フリガナ	
定を	名称	
で受けた	施設の所在地	(郵便番号 —) <u>界 郡・市</u>
ようレ	施設	種 別 指定申請する施設の支援開始年月日 様 式
指定を受けようとする施設		
	同一所在地内において行う	事業等の種類 事 業 者 番 号
の種類	備考	

- 「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。
- 「同一所在地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
- 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)		
(AH)		/	受付番号	

	フリガナ	I												
1.6														
施	名 称	/金//市立口			\									
		(郵便番号)	TI.D -								
∌д∟	所在地	L	県			郡·市								
設			-											
	連絡先	電話番号					FAX	番号						
管	フリガナ						(郵便番号)					
理	げ. 友				住	所		県	郡•市	Ħ				
者	氏 名													
			名	称										
併言	没する施設の名	お称及び概要												
D113	, 4,2,51	117000	機	要										
7	S該支援の宝牌	をについて定め	てある	定款▽	け条例			第	条第 項第	第 号				
		実施の有無	(0)0)	有・無										
	世子未少	天/ill v 2 円 ///		医師	H 7				保育士	1 2	栄養士			
	従業者の職	種・員数	専従		務	専従	兼務	専従	兼務	専従	<u> </u>			
l		常勤(人)	守化	ポ	.1分	守化	飛物	守化	飛 ⁄	守化	ポ 物			
	従業者数									_				
	<i>I-</i> H-	非常勤(人)								\perp				
	備	考												
	基準上の必	要人数(人)				and it								
				調理員			業指導員							
Ι,				兼	務	専従	兼務							
	従業者数	常勤(人)				<u> </u>								
		非常勤(人)												
	備	考												
	基準上の必	要人数(人)												
⇒几/;	生甘※ しの米に	+-7 +14 75 口 公						□居	室 □静養	室 □調理	厘室 □浴室			
议》	帯基準上の数値	 目記載場日寺				基準	上の必要値	□便	所					
	1室	の最大定員			人		人以下							
		見1人あたりの												
		小床面積			m^2		m²	(設計	置部分の口	に / 印を4	(オオニレ。)			
	主な掲示				- 111		***	(HX)	<u> </u>	(0) 11001	1 / === /			
		<u> </u>				ДG	過去3か月平均	51人前馬	1 人)					
						/(/	<u> </u>	3/ 1/1/1/	L /\/					
	利力	用料												
	この4	の費用												
	ての他	少其用	- 44	≠=亚/□	iの実施	= 1423D	1 7117	1 ブル	<i>+</i> 31.\					
	ファルカキ	れんですで					している・			- 1 y				
	その他参考となる事項				の措置		窓口(連絡先)		担当	有				
ldot					<u>り他</u>			\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \	, =\ ,\d=\ \tau \ \	ī				
	協力医療機関			名称・主な診療科名										
				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											
	添付書類			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											
				規他参	き考にな	こるもの	、障害児施設線	合付費の	の請求に関	するもの)				

- ・ 1 「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。
- 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 「主な掲示事項」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)

(.	另 俚目闭处	5元旭权 另一位	五口 1011年	エフレル巴ド	IX)		受付	番号			
		○を付してください	١.				-				
	フリガナ										
施	名 称	(TH / TH)									
	≕r +- tila	(郵便番号	— IB)						
設	所在地	 	県		. – – – –	郡・市					
HA.	連絡先	電話番号	Т				FAZ	X番号			
管	アリガナ	电印律 7	<u> </u>				(郵便番号	(田ヶ	.)		
理		+			住	所	(MV B 7	県	郡•市	î	
者	氏 名				,-	′″' ,		-/12	HILL		
			名	称							
併訂	没する施設のク	名称及び概要	柳	要							
					<u> </u>						
=		施について定め	てあるタ	_				第	条第 項第	等 号	
	他事業の	実施の有無			有・魚		キャネロ	ı	カナエ	1	₩ 샤 1
	従業者の職	種•員数	車弾	医師	· 3欠	-	童指導員	· .	保育士		栄養士 華森
		常勤(人)	専従	邢	務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	従業者数	非常勤(人)	\vdash	-		$\vdash \vdash$				+	
		考	+			\vdash		 		+	
		必要人数(人)									
'		<u> </u>		調理員							
		専従		務					l		
	従業者数	常勤(人)									
		非常勤(人)									
	備	考									
	基準上の必	公要人数(人)							- 一 + * -		±
号几 佔	生せ滩 しの粉が	(太子) 井 石 口 丛							室 □静養室		
配列		値記載項目等				1 淮	上の必要値	□1史/	所 □観察室	□訓練:	至
	1 莹	医の最大定員	+		人	五十	人以下	! (設	:置部分の口に	こ./ 臼 かん	付すこと)
		児1人あたりの	 				7001		種については		
	2 1/2 1	 是小床面積			m^2		m^2				たしていること
	主な掲示										
	入京	听定員				人	(過去3か月平	均入所	児 人)	_	
	禾川	用料									
			<u> </u>								
	その他	也の費用	<i>λ-</i> / ₄ - →	-₩ == /m	~ ++ +	5-115.5m	71 , 7	11 :			
	フの仏会	サルスマ市西			の実施の批器		している・			~T	
	その他参え	苦情解決の措置概要 窓口(連絡先) 担当者 セルター 担当者 セルター セルター									
			その他 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								
							記事頃証明書 i置の概要、勤				
	添付書										ハ利用者負担
		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									
			こ関する								

- 1 「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。
- 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 「主な掲示事項」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。

受付番号

付表2

知的障害児通園施設支援の指定に係る記載事項

	(Zhi hi)	章害児通園施設	又)								
	フリガナ											
施	名 称											
<i>n</i> e		(郵便番号	_)							
	所在地	(ZP DC III)	県		,	郡•市						
設	77111111		212									
	連絡先	電話番号					FAX	番号				
管	フリガナ	, EAL E					(郵便番号	—)			
理					住	住所 県 郡・市						
者	氏 名											
		ı	名	称								
併	設する施設の名	3.称及び概要										
	91 / GALIST	11,7500 15050	概	要								
	当該支援の実	尾施について定	めてある	定款又	には条例	[等		第条	第 項第	号		
		実施の有無			有・!			21. 21.				
	, ,,,			医師			L 記童指導員	ſ	保育士	1	栄養士	
	従業者の職権	種・貝数	専従	兼	務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	ΔΥΣ ΑΙΚ - ΙΧ , ΨΕΙ .	常勤(人)				, , , ,		1		1,,,		
	従業者数	非常勤(人)										
	備	考						†				
	基準上の必											
l '				調理員		罪	3 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)										
⊕ π. /	備基準上の数値	古到盐酒日堃							室 □遊劇			
取工							単上の必要値		室 □静養	室 口相	l談室	
		指導室	m²(児	童1人	当たり)	m²(児重	 1人当たり)以上	. □調理	」室 □便所	┌□浴室	・シャワー室	
		遊戲室	m²(児	童1人	当たり)	m²(児童	 1人当たり)以上	: (設置	置部分の□	に ノ 印を	付すこと。)	
	主な掲示											
	入所	定員				人(i	過去3か月平均力	所児	人)			
	₹II ₽	用料										
	その他	の費用	***			I b. Se						
					5の実施		している・	していな		-		
	その他参考	苦		の措置権		窓口(連絡先)		担当	者			
ldot	14.7	IVIZ DD	,.		の他				36.25.7			
	協力医療	機関	名 称									
	添付書	決する 目録等 制度導	ためにi)、平面 入に伴	構ずる指 i図、設 い利用	^皆 置の概 備・備品 者負担の	・項証明書又は条 要、勤務体制・形 等一覧表、協力[)受領等に関する]するもの)	態一覧表 医療機関	長、資産状活 引との契約内	兄(貸借対 対容がわれ	対照表、財産 いるもの、契約		
借去			四百冗	ルビロスボロ	り頂い	1月 小パード	17 (20/2)					

- 1 「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。
- 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 「主な掲示事項」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。		

	フリガナ											
施	名 称	 										
//E		(郵便番号)							
	所在地	(県		,	郡•市						
設												
	連絡先	電話番号					FAX	X番号				
管	フリガナ						(郵便番号)			
理		 			住	所		県	郡•市			
者	氏 名											
<u> </u>			名	称	1							
併訂	併設する施設の名称及び概要											
			燃	概要								
	当該支援の実	施について定め	カてある	定款又	は条例	等		第	条第 項第	号		
	他事業の	実施の有無		7	有・無	Έ.						
	公米米の時	任 早料		医師		児	童指導員		保育士		栄養士	
	従業者の職	悝•貝級	専従	兼	務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	
	◇大-AK- - - 	常勤(人)										
	従業者数	非常勤(人)										
	備	考										
	基準上の必	公要人数(人)										
-				調理員	Í	聴能	訓練担当職員	言語機能	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	
l [沙米本料	常勤(人)										
	従業者数	非常勤(人)										
	備	考										
<u> </u>		公要人数(人)										
	設備上の西	記慮点										
				□居室 □講堂 □遊戲室 □浴室								
章母 症	#基準上の数値	古記載佰日笙						□訓練	室 □調理室 [□相談≦	図 □便所	
FIX I/I		旦記戦が日 寸							指導に必要な設			
! .						基準	性上の必要値 □音楽に関する設備 □映写に関する					
		の最大定員			人		人以下	□医務	室 □静養室[□聴力権	全查室	
		児1人あたりの		_	_							
					m²		m²	(部	と置部分の□に・	/ 印を付	けすこと。)	
Ι,	主な掲示											
	入所	定員				人	(過去3か月平:	均入所见	1 人)			
	利	用料										
	その他	その他の費用										
	l , , , ,				の実施		している・		•			
その他参考となる事項			苦作		の措置機	既要	窓口(連絡先)		担当者			
Ш			<u> </u>		の他							
<u> </u>	協力医療	機関		称					な診療科名			
									至、運営規程、入			
	~ / / +	. Meret							覧表、資産状況			
	添付書	類							機関との契約内容 者向け資料、内			
							の女唄寺に関	9 の休穫	有門り賃科、四	祝他参	今になるもの、	

- 1 「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。
- 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 「主な掲示事項」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。

	XV 19 4 U// 10 0 12										
	フリガナ										
施	名 称										
		(郵便番号	_)						
	所在地		県			郡•市					
設											
	連絡先	電話番号					FAX	X番号			
管	フリガナ		<u>!</u>				(郵便番号				
理					住	所		県	郡・市		
者	氏 名					121		-ZT			
		<u> </u>	名	チ	-						
/-	チョル・ナフ ナケョル・ハ た	7 千分 エス ィど担所 田野	一	421							
17	弁設する施設の名	か及い既安	概	要							
	\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	/·)	4). we also	-lat > 3	for twell for			laka	to take a Take		
		をについて 定めて	である定					第	条第 項第	号	
	他事業の	実施の有無			有・1	無					
	従業者の職権	恁. 吕粉		医師			看護師	児	童指導員		保育士
	(北来石 (7) 戦 /	浬"貝奴	専従	兼	務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	소소 부수 → 포기.	常勤(人)									
	従業者数	非常勤(人)									
	備	考									
		要人数(人)									
'	坐中工♥ク先	女八妖(八)		栄養士			調理員	Ŧ	理学療法士又	リナ作業	按注十
					_				生于原仏エメ 従		
I ,		214 #1. / [)	専従	ポ	務	専従	兼務	导	化	兼	務
	従業者数	常勤(人)						ļ			
		非常勤(人)									
	備	考									
	基準上の必	要人数(人)									
	VX 개선 →¥ 차다	常勤(人)									
	従業者数	非常勤(人)	ĺ							ĺ	
	備	考									
		要人数(人)									
Н	設備上の西										
	HV NH -7-, 1	IC/ICA/IN	ロギ	ブス字		神字 「	7屋外訓練世		告 □調理室		 生字
	設置部	八松	□ギブス室 □訓練室 □屋外訓練場 □講堂 □調理室 □図書室 □相談室 □浴室 □義肢装具を製作する設備								3 ===
(章压!	置部分の□に✔						と指導するに				
(121)	酉申Ŋ ∨ □ (⊂ ♥	H12 11 9 CC0 /								1 -71 \ 7	r >= 1.
<u> </u>	ナヤ相一	本 石	・大	かまなに	- 况止	の物質	ご 砂焼別とし	(必安/	な設備を満た	している	J_C
1 .	主な掲示		1			1 /21	1 ± 03. H ===	よって コニ ニ	B D		
		定員				人(並	過去3か月平5	り 人 別り	見 人)		
	利用										
	その他	Lの費用									
					iの実施		している・	してい	ない		
	その他参考	きとなる事項	苦情	解決 の	の措置	概要	窓口(連絡先)		担当者		
					り他			-	•	-	
Г			別添の			及び答	記事項証明書	まマ/け冬	:例等、運営共	見程。入	所児からの
									8体制・形態-		
	添付書類								品等一覧表、		
	131.4								·····································		
			児施設	と記 付着	豊の請	求に関	するもの)	- 1 -1.7 5-4	.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	, , - 0	
			1		. 614	12.4	/				

- 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 「主な掲示事項」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)

		12,72,54				一 党	付番号				
	→11.12. L										
	フリガナ	<u> </u>									
施	名 称	(郵便番号									
	所在地	(野) () () () ()	県)	郡•市						
設	別仕地				10-10						
HA.	連絡先	電話番号				FA	AX番号				
管	アリガナ	电叩笛刀	Ь——	-		(郵便番号)		
理		 			住 所	(A, N m .)	県		郡・市	î	
者	氏 名				// I		215		407		
-		<u> </u>	名	称							
俤	并設する施設の名	3称及び概要									
			概	岁							
		施について定めて	てある定款	款又は多	を例等		第	条第	項第	号 号	
	他事業の	実施の有無			• 無						
	従業者の職利	—	L	医師		看護師		童指導		-	呆育士
١,	此木:ロ */ /PW I		専従	兼務	專	兼務	専従	兼	務	専従	兼務
	従業者数	常勤(人)	$\perp \!\!\! \perp \!\!\! \perp$			<u> </u>	\bot			\sqcup	
		非常勤(人)	igspace		\longrightarrow		+			igspace	
	備	考									
l l	基準上の必	公要人数(人)		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·		=9170 E	11/5/t ->	파 나그 7목	- III		
				栄養士 ※※		調理員		業指導 善		4	
l r		常勤(人)	専従	兼務	9	兼務	専従	和	務	+	
	従業者数	非常勤(人)	+-+		-+-	├──	+			+	
		<u> </u>	+		$\overline{}$		+ +			+	
		<u> </u>									
	<u> </u>	· Ø / \ 2/\ \ / \ \									
ŀſ	// 2114 4 44/.	常勤(人)	†		$\overline{}$		+			†	
	従業者数	非常勤(人)	1				1			 	
]	備	考	T				1			1	
		公要人数(人)									
	設備上の酢										
	設置部				練室 □屋	外訓練場 []調理室	□医	答室	□静養室	≦ □便所
(設t	置部分の□に✓		□浴雪	<u>室</u>							
۱ ,	主な掲示		 		1.7	ч п.	•17. → = 616	•			
	人別	f定員	<u> </u>		人()	過去3か月平	均人所况	1	人)		
	利力	用料									
		1の費用	 								
	て V / T世	.少食用	第二章	 学证/価/0	の実施状況	している	· 1 710	ナンレン			
	その研念き	考となる事項			提置概要 措置概要	窓口(連絡先		/T A .	担当者		
	- C V IE % ~	うこなる主法	D IH	M#(人の)	.,., ., ., ., .,	心日(たかり)	الت		14 = 14		
	L 協力医療	:株園	名		115		 	診療和	34名	T	
	MM / J K ///				定款 及び答	記事項証明	_			<u> </u>	
添付書類			情を解え対照表容がわれ	決するた 、財産目 かるもの	ために講ずる 目録等)、平i D、契約制度	記事項証明 措置の概要 面図、設備・ 導入に伴い の、障害児が	、勤務体制・備品等一利用者負	制・形] -覧表、 担の受	態一覧 、協力に を領等に	記表、資産 医療機関 に関する	を状況(貸借 引との契約内 保護者向け

- 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 「主な掲示事項」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	

	つルガナ	т — — — — — — — — — — — — — — — — — — —									
l ,	フリガナ	 									
施	名称	/郝居亚日									
		(郵便番号)							
⇒几	所在地		県		郡・市						
設			_								
	連絡先	電話番号					X番号	<u> </u>			
管	フリガナ			_	J	(郵便番号	_	_)		
理	氏 名			住	所	L	県		郡・市		
者	T/ /I			<u> </u>							
	_	_	名 称	<u> </u>							
併	片設する施設の名	5称及び概要	概要	T							
	当該支援の実施	施について定めて	こある定款又に	は条例等			第	条第	項第	号	
	他事業の	実施の有無		有・無	無						
	公学士の時に	在 巨牝	医師		- 3	看護師	T 児·	童指導	員		保育士
	従業者の職権	煙•貝 級		東務	専従	兼務	専従		務	専従	兼務
l [27 MV 48 MV.	常勤(人)	17 1/2	N-32-3	14 1	Z113454	1777	***	-1/3	14 6	Z113454
l	従業者数	非常勤(人)	+ + -		$\vdash \vdash$		+ + +		$\overline{}$		
l j	備	考					+			 	
l t		公要人数(人)									
'	2571.72	· Ø / C9/C (/ C)	栄養		+	調理員	Ŧ	田学療	<u></u> 法十又	け作業	
				<u>-</u> 東務	専従	兼務		従		兼 (**)	
l r		常勤(人)	守化 ///	N477	4 M	NIV4W	14	1/4	\vdash	/118	177
l	従業者数	非常勤(人)	+		\vdash		+		 		
l	備	<u> </u>	 		igwdapprox		┼──		<u></u>		
l		<u> </u>									
Į i	左 学工 ツ 名)安八数(八)	心理指導担	水麻呂							
					4				!		
l ,		一	専従	東務	├──		+			├	
	従業者数	常勤(人)	++-		├──		┼──			—	
l	/±±:	非常勤(人)	├──		├──		+			├──	
l	備	考									
igsquare		公要人数(人)									
<u> </u>	設備上の西										
/ ⇒n. t	設置部	分等				看護師詰所			1		
(設)	置部分の□に✔		*医療法に	規定する	る病院と	として必要な記	没備を設	とけてを	らること		
Ι,	主な掲示						· · · · · · ·				
	入舟	定員			人(進	過去3か月平均	<u> </u>	見	人)		
	利!	用料									
	その他	1の費用									
		_	第三者評価			している・	してい	ない			
	その他参考	きとなる事項	苦情解決	の措置	既要	窓口(連絡先)			担当者		
	l		そ	の他							
			別添のとおり)(定款)	及び登記	記事項証明書	- 専又は条	-例等、	運営其	見程、入	- 所児からの
						でる措置の概要					
	添付書	類									前度導入に伴
											さるもの、障害
			児施設給付								

- 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 「主な掲示事項」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。

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

(FI)

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。

	→ 11 .12 l-							
	フリガナ						 	
	名称							
		(郵便番号		_)			
	主たる事務所		県		郡市			
	エにる事務別 の所在地		.,.					
	.,,, _						 	
届					1			
届出者	連絡先	電話番号				FAX番号		
白	法人の種別				法	人所轄庁		
	代表者の職・氏名	職名				氏名		
		(郵便番号	-	_)			
			県		郡市			
	代表者の住所							
\vdash	11 18 1							
	フリガナ						 	
	名称							
		(郵便番号		_)			
	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		県		郡市			
+/-:	主たる施設の所在地							
施設							 	
\mathcal{O}	\+\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	E-7 7 1			1	D . W # H		
状	連絡先	電話番号				FAX番号		
況	管理者の氏名	職名				氏名		
		(郵便番号		_)			
	Martin de la 10.000		県		郡市			
	管理者の住所							

(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	1 2 変更 3 終了		
特	変更前	Ī			変更後	
特記事項						
	関係書類	おり				

- 1 「法人の種別」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	その他記	亥当する体制等	
				適用開始日
	()人	栄養管理体制	 なし 常勤の管理栄養士 常勤の栄養士 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	 なし 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 代表者の氏名

(EII)

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 所 支 援	在 の	······· 種	称地類				
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		.						
4 代表者の氏名及び住所		.						
定款、寄附行為等及びその登記	事項証							
5 明書又は条例等(当該指定に係	6事業に	(変更	後)					
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	- 12 12 12 1	.						
9 障害児施設給付費の請求に関す	る事項							
変更年月日 変更年月日					年_	月	日	

- 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。

/ 学士 第1	4旦の17	(第6条の	10問(亿)
採取牙上	4 ケシノレ	し邪り米ワノ	工研業自常力

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 中山名
(設置者)名称代表者の氏名

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	月		
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。

この規則は、公布の日から施行する。ただし、第十六条の四の改附 附 則	
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	
一日から補行する。	