

| | |
|------------------------|------------|
| 資料 6 | H24. 3. 27 |
| 障害福祉サービス等に係る 事業者説明会 | |
| 千葉県障害者自立支援課 | |

障害者自立支援法等の一部改正における高額障害福祉サービス等の給付費等について

※高額障害福祉サービス等給付費等の取扱いについては必ず厚生労働省が公布する「利用者負担認定の手引き【平成24年4月版】」をご確認ください。

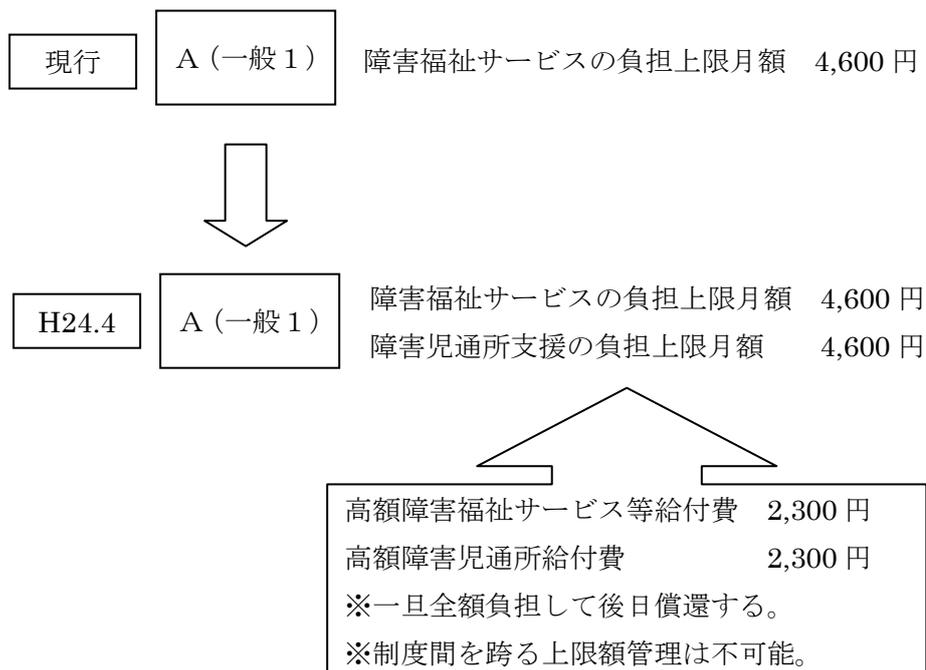
1 補装具の支給対象化

平成24年4月以降、世帯における更なる負担軽減を図る観点から、高額障害福祉サービス費等の支給対象に補装具に係る利用者負担を加え、高額障害福祉サービス等給付費、高額障害児通所給付費及び高額障害児入所給付費を支給する。

2 高額障害福祉サービス等給付費等の支給対象者の増加

現行、障害者自立支援法に規定される児童デイサービスや日中一時支援（放課後対策型）が、法改正により児童福祉法に規定される放課後等デイサービス等に再編される。現行では、利用者負担は障害者自立支援法の中で上限額管理がされていたが、制度間を跨る上限額管理はしないこととしているため、改正後（平成24年4月以降）利用者は障害者自立支援法（障害福祉サービス）と児童福祉法の両方で一旦利用者負担を負担しなければならない。その後、利用者からの申請を受けて、事後的に高額障害福祉サービス等給付費及び高額障害児通所給付費を償還支給する。

例) 「【障】児童デイサービス」と「【障】短期入所」の利用
⇒ 「【児】放課後等デイサービス」と「【障】短期入所」の利用

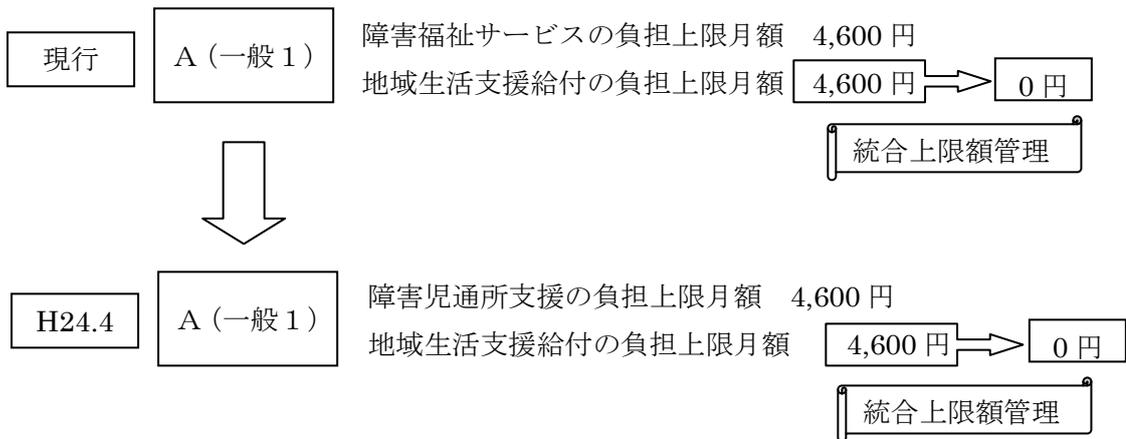


3 地域生活支援事業の統合上限額管理の取扱いの変更について

現行、障害者自立支援法に規定される児童デイサービスや日中一時支援（放課後対策型）が、法改正により児童福祉法に規定される放課後等デイサービス等に再編される。地域生活支援事業の統合上限額管理について、平成24年4月以降は障害児通所支援も含めて上限額管理する。

例) 「【障】児童デイサービス」と「【地】移動支援」の利用

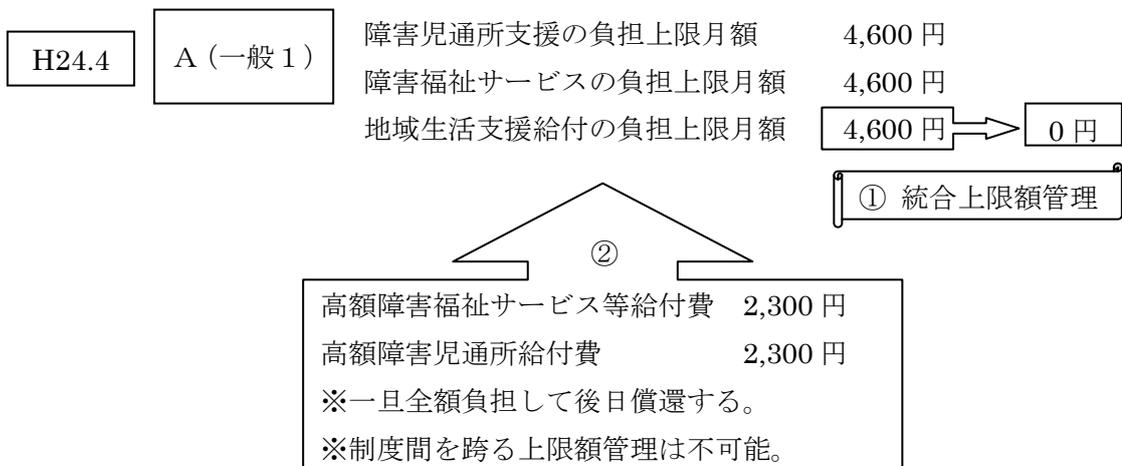
⇒ 「【児】放課後等デイサービス」と「【地】移動支援」の利用



4 障害福祉サービス、障害児通所支援及び地域生活支援事業を併給する場合

障害福祉サービスと障害児通所支援間では上限額管理は行わず②償還給付とし、障害福祉サービス及び障害児通所支援と地域生活支援事業の間では①統合上限額管理を行う。

例) 「【児】放課後等デイサービス」、「【障】短期入所」、「【地】移動支援」の利用



補装具を購入・修理される方へ

平成24年4月1日から、障害者自立支援法及び児童福祉法が改正され、補装具の購入や修理に係る自己負担額の一部又は全部が戻る（償還される）場合があります。

下記のフローを御参照の上、対象となる場合は、各保健福祉センター高齢障害支援課へ「高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書」を提出してください。

あなたの所得区分は、次のどれですか。

| | |
|----------------------|--|
| 生活保護 | もともと自己負担がないため、「高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書」の提出は不要です。 |
| 市民税非課税世帯 (低所得1・2) | → 通常どおり、事前に各保健福祉センター高齢障害支援課へ御相談の上、「補装具費（購入・修理）支給申請書」を提出してください。 |
| 市民税課税世帯 (一般) | → 自己負担額の一部又は全部が戻る可能性があります。下記フローに進んでください。 |



※ 以下「市民税課税世帯」の方のみ

| | |
|--|---|
| <p>① 補装具費の支給決定が出る月における</p> <p>② あなたと同一の世帯に属する支給決定障害者・児に対する</p> <p>③ 次の5種類の自己負担額の合算額が</p> <ul style="list-style-type: none"> ・補装具費 ・障害福祉サービス ・介護保険法に基づく居宅サービス等 ・障害児通所支援 ・障害児入所支援 | |
| <p>負担上限月額以内</p> <p>↓</p> <p>負担上限月額の範囲内であるため、「高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書」の提出は不要です。</p> <p>通常どおり、事前に各保健福祉センター高齢障害支援課へ御相談の上、「補装具費（購入・修理）支給申請書」を提出してください。</p> | <p>負担上限月額以上</p> <p>↓</p> <p>負担上限月額を超えており、高額障害福祉サービス等給付費等が支給され、負担上限月額を超えた部分が戻る可能性があります。</p> <p>事前に各保健福祉センター高齢障害支援課へ御相談の上、「補装具費（購入・修理）支給申請書」を提出してください。</p> <p>また、各保健福祉センター高齢障害支援課へ御相談の上、「高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書」を提出してください。</p> |

※ この案内で、「高額障害福祉サービス等給付費等」とは、高額障害福祉サービス等給付費、高額障害児通所給付費又は高額障害児入所給付費をいいます。

障害児通所支援を利用される方へ

平成24年4月1日から、障害者自立支援法及び児童福祉法が改正され、障害福祉サービス及び障害児通所支援に係る自己負担額の一部が戻る（償還される）場合があります。

下記のフローを御参照の上、対象となる場合は、各保健福祉センター高齢障害支援課へ「高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書」を提出してください。

あなたの所得区分は、次のどれですか。

| | |
|----------------------|---|
| 生活保護 | → もともと自己負担がないため、「高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書」の提出は不要です。 |
| 市民税非課税世帯 (低所得1・2) | |
| 市民税課税世帯 (一般) | → 自己負担額の一部又は全部が戻る可能性があります。下記フローに進んでください。 |



※ 以下「市民税課税世帯」の方のみ

| | |
|---|---|
| ① あなたと同一の世帯に属する支給決定障害者・児に対する ② 次の5種類の自己負担額の合算額が ・補装具費 ・障害福祉サービス ・介護保険法に基づく居宅サービス等 ・障害児通所支援 ・障害児入所支援 | |
| 負担上限月額以内 ↓ 負担上限月額の範囲内であるため、 「高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書」の提出は不要 です。 | 負担上限月額以上 ↓ 負担上限月額を超えており、 高額障害福祉サービス等給付費等が支給され、負担上限月額を超えた部分が戻る可能性があります。 各保健福祉センター高齢障害支援課へ御相談の上、「高額障害福祉サービス等給付費等支給申請書」を提出してください。 |

※ この案内で、「高額障害福祉サービス等給付費等」とは、高額障害福祉サービス等給付費、高額障害児通所給付費又は高額障害児入所給付費をいいます。

高額障害福祉サービス等給付費支給申請書

(あて先) 千葉市長

次のとおり関係書類を添えて高額障害福祉サービス等給付費の支給を申請します。

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③介護保険法 | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 (支給決定障害者等氏名) | | 制度 | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒 連絡先電話番号 FAX 番号 連絡先電子メールアドレス @ | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | 続柄 | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る児童氏名 | | 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 | | | | | | | | | | | | |
| 同一世帯に属する他の障害者 | 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・被保険者証番号 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。
- (注3) 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。

高額障害福祉サービス等給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | | | | |
|---------|--------------------|-----------------|---------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替依頼書 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 出張所 | 種目 | 口座番号 | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 1 普通預金 2 当座預金 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 | | 申請者との関係 |
| 氏名 | | |
| 住所 | 〒 連絡先電話番号 FAX 番号 連絡先電子メールアドレス @ | |

高額障害児通所給付費支給申請書

(あて先) 千葉市長

次のとおり関係書類を添えて高額障害児通所給付費の支給を申請します。

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③介護保険法 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者氏名 (通所給付決定保護者等氏名) | | 制度 | 受給者証番号・被保険者証番号 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 居住地 | 〒 連絡先電話番号 FAX 番号 連絡先電子メールアドレス @ | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | | 続柄 | | | | | | | | | | | | |
| 給付決定に係る児童氏名 | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 同一世帯に属する他の障害者 | 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・被保険者証番号 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |

- (注1) 支払額を証する領収書を添付してください。
- (注2) 18歳以上(入所施設利用者は20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は「障害のある方及び同一の世帯に属する配偶者」です。
- (注3) 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。

高額障害児通所給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--------------------|-----------------|---------------------------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 口座振替依頼書 | 銀行 信用金庫 信用組合 | 本店 支店 出張所 | 種目 | 口座番号 | | | | | | | | | | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 1 普通預金 2 当座預金 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 | | 申請者との関係 | |
| 氏名 | | | |
| 住所 | 〒 連絡先電話番号 FAX 番号 連絡先電子メールアドレス @ | | |

年 月 日

様

千葉市長



高額障害福祉サービス等給付費支給（不支給）決定通知書

年 月 日に申請のありました高額障害福祉サービス等給付費について障害者自立支援法に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|--|------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 支給決定障害者 (保護者) 氏名 | | 受給者 証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給決定に係る 児 童 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 | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 金融機関 | | | | | | | | | | |
| | 口座種目 | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | |

教示

- 1 この処分についての審査請求は、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、千葉県知事に対してすることができます。
- 2 この処分の取消しを求める訴訟は、この処分についての審査請求に対する裁決を経た後でなければ提起することができませんが、次のいずれかに該当するときは、裁決を経ないで、千葉市を被告として提起することができます。ただし（1）の場合を除き、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、提起しなければなりません。
 - (1) 審査請求があった日から3箇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。

問い合わせ先

年 月 日

様

千葉市長



高額障害児通所給付費支給（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通所給付費について児童福祉法に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 通所給付決定保護者等氏名 | | 受給者証番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 給付決定に係る児童氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------|--|--------------|-------|
| 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 | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|-----|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 振込先 | 金融機関 | | | | | | | | | | |
| | 口座種目 | | | | | | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | | |

教示

- この処分についての異議申立ては、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、千葉市長に対してすることができます。
- この処分についての取消しを求める訴訟は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6箇月以内に、千葉市を被告として提起することができます。

問い合わせ先