

# 奈良市公報

号外第27号

平成18年12月28日印刷発行  
発行所 奈良市役所  
発行人 奈良市長  
編集人 文書法制課長  
印刷所 関西印刷株式会社

## 目次

### 規 則

- 奈良市障害者自立支援法施行細則…………… 1
- 奈良市身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則……………41
- 奈良市知的障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則……………43
- 奈良市総合福祉センター条例施行規則の一部を改正する規則……………43
- 奈良市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則……43
- 奈良市母子保健法施行細則の一部を改正する規則……43
- 奈良市小児慢性特定疾患治療研究事業実施規則の一部を改正する規則……………44
- 奈良市行政組織規則の一部を改正する規則……………44
- 奈良市保健所組織規則の一部を改正する規則……………44
- 奈良市公印規則の一部を改正する規則……………44

### 訓 令 甲

- 奈良市事務専決規程の一部を改正する訓令……………45

## 規 則

奈良市障害者自立支援法施行細則をここに公布する。  
平成18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

### 奈良市規則第80号

奈良市障害者自立支援法施行細則  
(趣旨)

第1条 この規則は、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）の施行に関し、障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号。以下「令」という。）、障害者自立支援法施行規則（平成18年厚生労働省令第19号。以下「省令」という。）、奈良市障害者自立支援法施行条例（平成18年奈良市条例第44号。以下「条例」という。）その他別に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(合議体の数)

第2条 令第8条第1項に規定する合議体の数は、6とする。

(合議体の委員の定数)

第3条 令第8条第3項に規定する合議体を構成する委員の定数は、5人とする。

(合議体の招集)

第4条 合議体の会議は、令第8条第2項に規定する合議体の長が招集する。ただし、合議体の長を互選する前に招集する会議は、奈良市介護給付費等の支給に関する審査会（以下「審査会」という。）の会長が招集する。

2 合議体の長に事故があるとき又は欠けたときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。  
(委任)

第5条 前3条に定めるもののほか、審査会の運営に関し必要な事項は、審査会の会長が定める。

(介護給付費等の支給決定の申請)

第6条 省令第7条第1項及び省令第34条の3第1項に規定する申請書は、(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)支給申請書兼利用者負担額減額・免除申請書（別記第1号様式）とする。

(障害福祉サービス受給者証等)

第7条 法第22条第5項に規定する障害福祉サービス受給者証（以下「受給者証」という。）は、別記第2号様式のとおりとする。

2 市長は、療養介護に係る支給決定を行ったときは、当該支給決定障害者等に対し、受給者証のほか療養介護医療受給者証（別記第3号様式）を交付するものとする。

(介護給付費等の支給決定変更の申請)

第8条 省令第17条に規定する申請書は、(介護給付費 訓練等給付費)支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除変更申請書（別記第4号様式）とする。

(介護給付費等支給申請内容の変更の届出)

第9条 省令第22条第1項に規定する届出書は、申請内容変更届出書（別記第5号様式）とする。

(受給者証の再交付の申請)

第10条 省令第23条第1項に規定する申請書は、受給者証再交付申請書（別記第6号様式）とする。

(特例介護給付費等の支給申請)

第11条 省令第31条第1項及び省令第34条の4第1項に規定する申請書は、(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費)支給申請書（別記第7号様式）とする。

(特例介護給付費又は特例訓練等給付費の額)

第12条 特例介護給付費又は特例訓練等給付費の額は、法第30条第2項の規定によりその基準とされる額とする。

(介護給付費等の額の特例)

第13条 法第31条の規定による介護給付費等の額の特例の適用を受けようとする者は、介護給付費等利用者負担額減額・免除申請書（別記第8号様式）に、受給者証及び市長が必要と認める書類を添えて市長に提出しなければ

ならない。

2 市長は、前項に規定する特例の適用を決定したときは、介護給付費等利用者負担額減額・免除認定証（別記第9号様式）を交付するものとする。

（サービス利用計画作成費の支給申請等）

第14条 省令第32条の3第1項に規定する申請書は、サービス利用計画作成対象障害者等認定申請書（別記第10号様式）とする。

2 サービス利用計画作成費の支給決定を受けた者は、サービス利用計画の作成を依頼する事業者を決定したときは、サービス利用計画作成依頼（変更）届出書（別記第11号様式）により市長に届け出なければならない。当該事業者を変更したときも、同様とする。

（高額障害福祉サービス費の支給申請）

第15条 省令第34条第1項に規定する申請書は、高額障害福祉サービス費支給申請書（別記第12号様式）とする。

（特定障害者特別給付費の変更の届出）

第16条 省令第34条の3第4項に規定する届出書は、特定障害者特別給付費変更届出書（別記第13号様式）とする。

（自立支援医療費の支給認定等の申請）

第17条 省令第35条第1項及び省令第45条第1項に規定する申請書は、自立支援医療費（育成・更生・精神通院）支給認定申請書（新規・再認定・変更）（別記第14号様式）とする。

（自立支援医療受給者証）

第18条 法第54条第3項に規定する自立支援医療受給者証は、別記第15号様式のとおりとする。

（自立支援医療費支給申請内容の変更の届出）

第19条 省令第47条第1項に規定する届出書は、自立支援医療受給者証等記載事項変更届（別記第16号様式）とする。

（医療受給者証の再交付の申請）

第20条 省令第48条第1項に規定する申請書は、医療受給者証再交付申請書（別記第17号様式）とする。

（指定自立支援医療機関の指定の申請）

第21条 省令第57条第1項に規定する申請書は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書（病院又は診療所）（別記第18号様式）とする。

2 省令第57条第2項に規定する申請書は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書（薬局）（別記第19号様式）とする。

3 省令第57条第3項に規定する申請書は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書（指定訪問看護事業者等）（別記第20号様式）とする。

（指定自立支援医療機関の変更の届出）

第22条 省令第62条の規定による届出は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書（別記第21号様式）により行わなければならない。

（指定自立支援医療機関の休止等の届出）

第23条 省令第63条の規定による届出は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止等届出書（別記第22

号様式）により行わなければならない。

（指定自立支援医療機関の指定辞退の申出）

第24条 省令第64条の規定による申出は、指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞退申出書（別記第23号様式）により行わなければならない。

（補装具費の支給申請）

第25条 省令第65条の7第1項に規定する申請書は、補装具費（購入・修理）支給申請書（別記第24号様式）とする。

（法第77条第3項の規定に基づき市が実施する事業）

第26条 法第77条第3項の規定に基づき市が実施する事業は、次のとおりとする。

(1) 福祉ホーム事業

現に住居を求めている障害者につき、低額な料金で、居宅その他の設備を利用させるとともに、日常生活に必要な便宜を提供する事業者に補助金を交付する事業をいう。

(2) 訪問入浴サービス事業

条例第6条第1号に規定する事業をいう。

(3) 更生訓練費給付事業

就労移行支援事業又は自立訓練事業を利用している者及び法附則第41条第1項に規定する身体障害者更生援護施設（身体障害者療護施設及び国立施設を除く。）に入所している者に更生訓練費を支給する事業をいう。更生訓練費の額は、市長が必要と認めた訓練のための経費及び通所のための経費を合算した額とする。

(4) 日中一時支援事業

条例第6条第2号に規定する事業をいう。

(5) 社会参加促進事業

ア スポーツ・レクリエーション教室開催等事業

障害者等の各種スポーツ・レクリエーション教室及び障害者スポーツ大会を開催する事業をいう。

イ 芸術・文化講座開催等事業

障害者等の芸術・文化活動を振興するため、障害者等の作品展、音楽会等芸術・文化活動の発表の場を設けるとともに、障害者等の創作意欲を助長するための環境の整備及び必要な支援を行う事業をいう。

ウ 点字・声の広報等発行事業

文字による情報入手が困難な障害者等のために、点訳、音訳その他障害者等に分かりやすい方法により、市等の広報、視覚障害者等障害者関係事業の紹介、生活情報その他障害者が地域生活をするうえで必要度の高い情報等を定期的に提供する事業をいう。

エ 奉仕員養成研修事業

聴覚障害者等との交流活動の促進、市の広報活動等の支援者として期待される手話奉仕員、要約筆記奉仕員、点訳奉仕員及び朗読奉仕員を養成するための研修を実施する事業をいう。

オ 自動車運転免許取得事業

自動車運転免許の取得に要した費用の一部を助成する事業をいう。助成金の額は、自動車教習所にお

ける教習に要した費用の3分の2に相当する額とし、10万円を限度とする。

カ 自動車改造助成事業

自動車の改造に要した費用の一部を助成する事業をいう。助成金の額は、自動車の操向装置及び駆動装置の改造に要した費用に相当する額とし、10万円を限度とする。

キ その他社会参加促進事業

障害者等の社会参加の促進に必要な事業をいう。  
(地域生活支援事業の対象者)

第27条 法第77条第1項又は第3項の規定に基づき市が実施する地域生活支援事業を利用することができる者は、次の各号に掲げる事業の区分に応じ、当該各号に定める者とする。

(1) 相談支援事業

市内に住所を有する障害者等、障害者等の保護者及び障害者等の介護を行う者その他の関係者

(2) コミュニケーション支援事業

次のいずれかに該当するもの

ア 市内に住所を有する聴覚障害者及び聴覚障害児

イ 市内に住所を有し、聴覚障害者及び聴覚障害児とのコミュニケーションを必要とする者

ウ 市内に事務所又は事業所を有する個人及び法人その他の団体で、聴覚障害者及び聴覚障害児とのコミュニケーションを必要とするもの

(3) 日常生活用具給付事業

市内に住所を有する在宅重度の身体障害者、身体障害児、知的障害者及び知的障害児で、別表の左欄に掲げる用具の区分に応じ、同表の右欄に定めるもの。ただし、障害者等及びその属する他の世帯員のうちいずれかの者について当該年度分(4月から6月までの間にあっては前年度分。以下同じ。)の市町村民税の所得割の額が50万円以上である者及び介護保険法(平成9年法律第123号)の規定により福祉用具貸与に係る居宅介護サービス費若しくは特例居宅介護サービス費又は居宅介護福祉用具購入費の支給を受けることができる者を除く。

(4) 移動支援事業

市内に住所を有する次のいずれかに該当する者で、市長が外出時に支援が必要と認めるもの。ただし、重度訪問介護、行動援護又は重度障害者等包括支援に係る介護給付費の支給を受けることができる者(市長が特別の理由があると認める者を除く。)を除く。

ア 個別支援型

(ア) 屋外での移動に著しい制限のある視覚障害者及び視覚障害児

(イ) 両上肢機能障害2級以上かつ両下肢機能障害2級以上の障害者等及びこれに準ずる者

(ウ) 知的障害者及び知的障害児

(エ) 精神障害者及び精神障害児

イ 施設等利用型

日中一時支援事業、障害福祉サービスの短期入所又は介護保険法における指定通所介護事業所を利用するため、施設又は事業所が運行する車両で通所する障害者等

ウ 車両移送型

奈良市総合福祉センターを利用する者

(5) 地域活動支援センター事業

市内に住所を有する障害者等

(6) 福祉ホーム事業

市内に住所を有する障害者で、家庭環境、住宅事情等の理由により、居宅において生活することが困難なもの(常時の介護又は医療を必要とする状態にある者を除く。)に前条第1号の便宜を提供する福祉ホームを運営する事業者

(7) 訪問入浴サービス事業

市内に住所を有する身体障害者及び身体障害児で、身体上の障害、疾病等の理由により居宅で入浴することが困難なもの。ただし、伝染性疾患を有する者、入院加療を要する者、著しい精神障害があつて医療処遇が適当な者、攻撃的行為又は自傷行為をするおそれがある者、介護保険法の規定により訪問介護に係る居宅介護サービス費又は特例居宅介護サービス費の支給を受けることができる者その他特別な事由により訪問入浴サービス事業を利用することが不適当と認められる者を除く。

(8) 更生訓練費給付事業

自立訓練事業又は就労移行事業を利用している者、法附則第21条第1項に規定する指定旧法施設支援のうち更生訓練を受けている者及び身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第18条第2項の規定により入所の措置又は入所の委託をされ更生訓練を受けている者。ただし、障害福祉サービスにおいて利用者負担額の生じない者に限る。

(9) 日中一時支援事業

市内に住所を有する障害者等。ただし、伝染性疾患を有する者、入院加療を要する者、著しい精神障害があつて医療処遇が適当な者、攻撃的行為又は自傷行為をするおそれがある者、介護保険法の規定により訪問介護に係る居宅介護サービス費又は特例居宅介護サービス費の支給を受けることができる者その他特別な事由により日中一時支援事業を利用することが不適当と認められる者を除く。

(10) 社会参加促進事業

ア スポーツ・レクリエーション教室開催等事業

市内に住所を有する障害者等及びその障害者等と共にスポーツ・レクリエーションを行う者

イ 芸術・文化講座開催等事業

市内に住所を有する障害者等及びその障害者等と共に芸術・文化活動を行う者

ウ 点字・声の広報等発行事業

市内に住所を有する視覚障害者及び視覚障害児で

文字による情報入手が困難なもの

エ 奉仕員養成研修事業  
市内に住所を有する者、市内に存する事務所又は事業所に勤務する者、市内に存する学校に在学者その他奉仕員養成研修事業を利用することが適当と認められる者

オ 自動車運転免許取得事業  
市内に1年以上住所を有する者で、肢体不自由又は聴覚障害のため、自動車運転免許に条件が付されるもの。ただし、自動車運転免許の取得について、市から助成を受けたことがある者を除く。

カ 自動車改造助成事業  
市内に住所を有する1級から3級までの肢体不自由者で、肢体不自由のため自動車運転免許に条件が付され、就労等により自動車の改造を必要とするもの。ただし、障害者又はその者の扶養義務者の所得税課税所得金額（各種所得控除後の額）が、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）に基づく特別障害者手当の所得制限限度額を超えている者及び自動車の改造について5年以内に市から助成を受けたことがある者を除く。

キ その他社会参加促進事業  
市内に住所を有する障害者等、障害者等の保護者及び障害者等の介護を行う者その他の関係者

2 法第78条第1項の規定に基づき地域生活支援事業として市が実施する療育指導事業を利用することができる者は、在宅の重症心身障害児及び重症心身障害者、知的障害児及び知的障害者、身体障害児並びにこれらの者の保護者並びに心身障害児通園施設、障害児保育所等の職員とする。

3 前2項の規定にかかわらず、地域生活支援事業は、令第2条に規定する法令に基づく給付のうち地域生活支援事業の給付に相当するものを受けることができるときは同条で定める限度において、当該法令に基づく給付以外の給付であって国又は地方公共団体の負担において地域生活支援事業の給付に相当するものが行われるときはその限度において、行わない。  
(地域生活支援事業の利用申請)

第28条 地域生活支援事業を利用しようとする者は、地域生活支援事業利用（変更）申請書（兼利用者負担額減額・免除申請書）（別記第25号様式）を市長に提出しなければならない。ただし、相談支援事業、福祉ホーム事業並びに社会参加促進事業のうちスポーツ・レクリエーション教室開催等事業、芸術・文化講座開催等事業、点字・声の広報等発行事業、奉仕員養成研修事業及びその他社会参加促進事業については、この限りでない。

2 前項の規定にかかわらず、コミュニケーション支援事業を利用しようとする者は、手話通訳者・要約筆記者派遣申請書（別記第26号様式）を市長に提出しなければならない。

3 第1項の申請書には、次の表の左欄に掲げる事業の区

分に応じ、同表の右欄に定める書類その他市長が必要と認める書類を添えなければならない。

事業	添付書類
日常生活用具給付事業	障害者又は扶養義務者が属する世帯の当該年度分の市町村民税の課税状況が分かる書類
訪問入浴サービス事業	(1) 医師の診断書 (2) 誓約書
社会参加促進事業（自動車運転免許取得事業）	(1) 自動車運転免許証の写し (2) 住民票の写し (3) 教習所が発行した教習費の領収書
社会参加促進事業（自動車改造助成事業）	(1) 自動車運転免許証の写し (2) 住民票の写し（世帯全員のものが続柄が記載されているもの） (3) 自動車検査証の写し (4) 自動車の改造に要した経費を支払ったことを証する書類 (5) 前年の所得（1月から6月までの間は前々年の所得）を証する書類

4 地域生活支援事業（移動支援事業、地域活動支援センター事業、訪問入浴サービス事業、更生訓練費給付事業及び日中一時支援事業に限る。）の利用決定を受けた者は、当該決定を受けた内容を変更しようとするときは、地域生活支援事業利用（変更）申請書（兼利用者負担額減額・免除申請書）に、前項の書類のうち変更に係るものを添えて市長に提出しなければならない。  
(地域生活支援事業に係る負担上限月額)

第29条 条例第7条第2号に規定する障害者又は扶養義務者の家計に与える影響その他の事情をしん酌して市長が定める額は、次の各号に掲げる障害者又は扶養義務者の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯（単給世帯を含む。）に属する者 0円

(2) 当該年度分の市町村民税非課税世帯に属する者（前号に規定する者を除く。） 1,000円

(3) 当該年度分の市町村民税課税世帯に属する者（第1号に規定する者を除く。） 18,600円（日常生活用具給付事業については、37,200円）  
(地域生活支援事業に係る費用負担の軽減等の申請)

第30条 条例第7条の規定により費用の負担の軽減又は免除を受けようとする者は、地域生活支援事業利用（変更）申請書（兼利用者負担額減額・免除申請書）に必要事項を記入の上、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。

(1) 住民票の写し（世帯全員の続柄の分かるもの）

(2) 障害者若しくは扶養義務者が属する世帯の当該年度分の市町村民税の課税状況が分かる書類又は生活保護証明書

(3) その他市長が必要と認める書類  
(補則)

第31条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則  
(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。  
(経過的デイサービス事業の対象者等)
- 2 条例附則第3項に規定する事業(以下「経過的デイサービス事業」という。)を利用することができる者は、障害者等とする。
- 3 経過的デイサービス事業を利用しようとする者は、地域生活支援事業利用(変更)申請書(兼利用者負担額減額・免除申請書)に、市長が必要と認める書類を添えて市長に提出しなければならない。決定を受けた内容を変更しようとするときも、同様とする。
- 4 第29条及び第30条の規定は、経過的デイサービス事業に係る費用負担の軽減又は免除について準用する。  
(奈良市在宅重度障害者等日常生活用具給付事業実施規則等の廃止)
- 5 奈良市在宅重度障害者等日常生活用具給付事業実施規則(平成12年奈良市規則第25号)及び奈良市身体障害児補装具交付等実施規則(平成12年奈良市規則第26号)は、廃止する。

別表(第27条関係)

種 目	対 象 者
特殊寝台(訓練用ベッド)	学齢児以上で、下肢又は体幹機能障害2級以上のもの
特殊マット	次のいずれかに該当する者 (1) 原則として3歳以上18歳未満で、下肢又は体幹機能障害2級以上 (2) 18歳以上で、下肢又は体幹機能障害1級以上(寝たきりで常時介護を要する者に限る。) (3) 3歳以上で、療育手帳A
特殊尿器	学齢児以上で、下肢又は体幹機能障害1級のもの(寝たきりで常時介護を要する者に限る。)
入浴担架	3歳以上で、下肢又は体幹機能障害2級以上のもの(入浴に当たって、介助を要する者に限る。)
体位変換器	学齢児以上で、下肢又は体幹機能障害2級以上のもの(下着交換等に当たって、介助を要する者に限る。)
移動用リフト	3歳以上で、下肢又は体幹機能障害2級以上の者
訓練いす	原則として3歳以上18歳未満で、下肢又は体幹機能障害2級以上のもの
入浴補助用具	3歳以上の下肢又は体幹機能障害者であって、入浴に介助を必要とするもの

便器	学齢児以上で、下肢又は体幹機能障害2級以上のもの
歩行補助つえ	平衡機能又は下肢若しくは体幹機能に障害を有し、移動等において介助を必要とする者
移動・移乗支援用具	3歳以上で、平衡機能又は下肢若しくは体幹機能に障害を有し、家庭内の移動等において介助を必要とする者
頭部保護帽	平衡機能又は下肢若しくは体幹機能に障害を有し、移動等において介助を必要とする者及び療育手帳Aの者(てんかんの発作等により頻繁に転倒する者に限る。)
特殊便器	学齢児以上で、上肢障害2級以上又は療育手帳Aのもの
火災警報器	障害等級2級以上及び療育手帳Aの者(火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する者に限る。)
自動消火器	障害等級2級以上及び療育手帳Aの者(火災発生の感知及び避難が著しく困難な障害者のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する者に限る。)
電磁調理器	18歳以上で、視覚障害2級以上の者(盲人のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する者に限る。)
歩行時間延長信号機用小型送信機	学齢児以上で、視覚障害2級以上のもの
聴覚障害者用屋内信号装置	聴覚障害2級以上の者(聴覚障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯に属する者で、日常生活上必要と認められるものに限る。)
透析液加温器	3歳以上の腎臓機能障害3級以上の者で、自己連続携行式腹膜灌流法(CAPD)による透析療法を行うもの
ネブライザー	学齢児以上の呼吸器機能障害3級以上又は同程度の身体障害者であって、本装置が必要と認められるもの
電気式たん吸引器	学齢児以上の呼吸器機能障害3級以上又は同程度の身体障害者であって、本装置が必要と認められるもの
酸素ボンベ運搬車	医療保険における在宅酸素療法を行う者
盲人用体温計(音声式)	学齢児以上で、視覚障害2級以上のもの(盲人のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する者に限る。)

盲人用体重計	18歳以上で、視覚障害2級以上の者(盲人のみの世帯又はこれに準ずる世帯に属する者に限る。)	収尿器	3歳以上のぼうこう機能障害者
携帯用会話補助装置	学齢児以上の音声機能若しくは言語機能障害者又は肢体不自由者であって、発声・発語に著しい障害を有するもの	居宅生活動作補助用具	次のいずれかに該当する者 (1) 学齢児以上で、下肢又は体幹機能障害3級以上 (2) 学齢児以上で、乳幼児期以前の非進行性脳病変による運動機能障害3級以上(移動機能障害に限る。) (3) 学齢児以上で、上肢機能障害2級以上(特殊便器を設置する場合に限る。)
情報・通信支援用具	学齢児以上で、上肢又は視覚障害2級以上のもの		
点字ディスプレイ	18歳以上の視覚障害者及び聴覚障害者の重度重複障害者(原則として視覚障害2級以上かつ聴覚障害2級以上の者)		
点字器	主に情報の入手を点字によって行っている視覚障害者及び視覚障害児		
点字タイプライター	学齢児以上で、視覚障害2級以上のもの(就学し、若しくは就労し、又は就労が見込まれる者に限る。)		
視覚障害者用ポータブルリーダー	学齢児以上で、視覚障害2級以上のもの		
視覚障害者用活字文書読上げ装置	学齢児以上で、視覚障害2級以上のもの		
視覚障害者用拡大読書器	学齢児以上の視覚障害者であって、本装置により文字等を読むことが可能になるもの		
盲人用時計	18歳以上で、視覚障害2級以上の者		
聴覚障害者用通信装置	学齢児以上の聴覚障害者又は発声・発語に著しい障害を有する者であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として本装置が必要と認められるもの		
聴覚障害者用情報受信装置	聴覚障害者であって、本装置によりテレビの視聴及び災害時の聴覚障害者向け緊急信号の受信が可能になるもの		
人工喉頭	音声又は言語機能障害者で喉頭を摘出したもの		
蓄便袋	3歳以上の直腸機能障害者		
蓄尿袋	3歳以上のぼうこう機能障害者		
紙おむつ等(紙おむつ、洗腸用具、さらし・ガーゼ等衛生用品)	3歳以上のぼうこう・直腸機能障害者で、ストマ用装具を装着できないもの(蓄尿袋又は蓄便袋の給付を受けていない者に限る。)又は脳性麻痺等脳原性運動機能障害により排尿若しくは排便の意思表示が困難な者		

別記

第1号様式(第6条関係)

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費)

支給申請書兼利用者負担額減額・免除申請書

(あて先) 奈良市長

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	生年月日	年	月	日
	氏名				
申請者	居住地	〒			
		電話番号			
支給申請に係る障害児氏名	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	
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)					有・無

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害程度区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間			
		利用中のサービスの種類と内容等												
サービス利用の状況	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援( )・要介護					1	2	3	4	5
		利用中のサービスの種類と内容等												

申請するサービス	区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容	
		介護給付費	訓練等給付費		
訪問系・その他	<input type="checkbox"/>	居宅介護	/		
	<input type="checkbox"/>	重度訪問介護			
	<input type="checkbox"/>	行動援護			
	<input type="checkbox"/>	児童デイサービス			
	<input type="checkbox"/>	短期入所			
	<input type="checkbox"/>	重度障害者等包括支援			
日中活動系	<input type="checkbox"/>	療養介護	<input type="checkbox"/>	自立訓練(機能訓練)	
	<input type="checkbox"/>	生活介護	<input type="checkbox"/>	自立訓練(生活訓練)	
	/			<input type="checkbox"/>	宿泊型自立訓練
				<input type="checkbox"/>	就労移行支援
				<input type="checkbox"/>	就労移行支援(養成施設)
				<input type="checkbox"/>	就労継続支援A型
		<input type="checkbox"/>	就労継続支援B型		
居住系	<input type="checkbox"/>	共同生活介護(ケアホーム)	<input type="checkbox"/>	共同生活援助(グループホーム)	
	<input type="checkbox"/>	施設入所支援			
旧法施設支援	<input type="checkbox"/>	旧身体障害者更生施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/>	旧身体障害者療護施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/>	旧身体障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/>	旧知的障害者更生施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/>	旧知的障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/>	旧知的障害者通勤寮	

サービス利用計画又は個別支援計画を作成するためが必要があるときは、障害程度区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書の全部又は一部を、奈良市から指定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者又は障害者支援施設の関係人に提示することに同意します。

申請者氏名 ㊟

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	医療機関の所在地	〒		

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

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。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 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って、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って、2以外のもの			
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、個別減免を申請します。 1 グループホーム・ケアホーム入居者、施設入所者（注）（20歳以上） 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 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（親族等が現に居住する不動産を除く）			
	<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。			
	<20歳以上の方> 1 施設入所者（注）であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者	<20歳以上の方> 1 施設入所者（注）であること（年齢 歳）		
	<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）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"/> 補足給付の特例措置）を申請します。 ※市長が発行する境界層対象者証明書が必要となります。			
世帯 範囲 の特 例	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、障害者が同一の世帯に属する者（配偶者を除く。）の扶養控除の対象となっていない。 2 医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。			

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。

(注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設、特定旧法指定施設）

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）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
	電話番号		



第2号様式(第7条関係)

(一)		(二)		(三)	
障害福祉サービス受給者証		介護給付費の支給決定内容			
受給者証番号		障害程度区分			
支給決定障害者等	居住地	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	フリガナ	サービス種別			
	氏名	支給量等			
	生年月日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
障害児	フリガナ	サービス種別			
	氏名	支給量等			
	生年月日	支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
障害種別	1 2 3	サービス種別			
交付年月日	年 月 日	支給量等			
支給市町村名 及び印		奈良市 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>			

  

サービス種別		年 月 日から 年 月 日まで
支給量等		
サービス種別		年 月 日から 年 月 日まで
支給量等		
支給決定期間		年 月 日から 年 月 日まで
旧法施設支援		
サービス種別		
支給量等		障害程度区分
支給決定期間		年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別		
支給量等		障害程度区分
支給決定期間		年 月 日から 年 月 日まで

(六)

利用者負担に関する事項			
利用者負担割合 (原則)	1割	負担上限月額	
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		
利用者負担上限額管理対象者該当の有無			
利用者負担上限額管理事業所名			
特記事項欄			
予備欄			

(五)

サービス利用計画作成費の支給内容	
支給期間	年 月 日から 年 月 日まで
指定相談支援事業所名	
指定相談支援事業所名	
予備欄	
特定障害者特別給付費の支給内容	
支給額	円/日
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(四)

訓練等給付費の支給決定内容	
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
サービス種別	
支給量等	
支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで
予備欄	

(九)

児童デイサービス事業者記入欄	
番号	
事業者及びその事業所の名称	
契約日	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(ノ月)	日
事業者確認印	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認印	
事業者及びその事業所の名称	
契約日	年 月 日
サービス内容	
契約支給量(ノ月)	日
事業者確認印	
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
サービス内容	
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	日
事業者確認印	

(八)

訪問系サービス事業者記入欄	
番号	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	事業者確認印
契約支給量	月 時間 分
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	事業者確認印
契約支給量	月 時間 分
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	事業者確認印
契約支給量	月 時間 分
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	事業者確認印
契約支給量	月 時間 分
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(七)

訪問系サービス事業者記入欄	
番号	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	事業者確認印
契約支給量	月 時間 分
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	事業者確認印
契約支給量	月 時間 分
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	
事業者及びその事業所の名称	
サービス内容	事業者確認印
契約支給量	月 時間 分
契約日	年 月 日
当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日
当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	

(十)

短期入所事業者実績記入欄		事業者 確認印
事業者及びその 事業所の名称	実施日 年月日から 年月日まで	
1	年月日から 年月日まで	
2	年月日から 年月日まで	
3	年月日から 年月日まで	
4	年月日から 年月日まで	
5	年月日から 年月日まで	
6	年月日から 年月日まで	
7	年月日から 年月日まで	
8	年月日から 年月日まで	
9	年月日から 年月日まで	
10	年月日から 年月日まで	
11	年月日から 年月日まで	
12	年月日から 年月日まで	

(十一)

生活介護・自立訓練・就労移行支援・ 就労継続支援・旧法施設支援(通所)事業者記入欄		事業者 確認印
事業者及びその 事業所の名称	サービス内容	
1	サービス内容 契約支給量(〇月) 契約日 年月日 当該契約支給量による サービス提供終了日 年月日 サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	
2	事業者及びその事 業所の名称 サービス内容 契約支給量(〇月) 契約日 年月日 当該契約支給量による サービス提供終了日 年月日 サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	
3	事業者及びその 事業所の名称 サービス内容 契約支給量(〇月) 契約日 年月日 当該契約支給量による サービス提供終了日 年月日 サービス提供終了月中の 終了日までの既提供量	

(十二)

療養介護・共同生活介護・共同生活援助・ 施設入所支援・旧法施設支援(入所)事業者記入欄		事業者 確認印
事業者及びその 事業所の名称	入所(居)日 年月日 退所(居)日 年月日	
1	入所(居)日 年月日 退所(居)日 年月日	
2	入所(居)日 年月日 退所(居)日 年月日	
予備欄		

(注) 第十三面及び第十四面に、注意事項を記載する。

第3号様式(第7条関係)

療養介護医療受給者証			
公費負担者番号			
公費受給者番号			
支給決定障害者	フリガナ		
	居住地		
	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	療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)	月額	円
	食事療養(生活療養)	月額	円
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		
交付年月日	年 月 日		
支給市町村名及び印	奈良市 印		

(注)裏面に、注意事項を記載する。

第4号様式(第8条関係)

(介護給付費 訓練等給付費)支給変更申請書兼利用者負担額減額・  
免除変更申請書

(あて先)奈良市長  
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		生年月日	年 月 日
	氏名			
申請者	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	
被保険者証の記号及び番号(※)			保険者名及び番号(※)	

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の 状況	障害福祉 関係サービス	障害程度 区分の認定	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効 期間	
	介護保険 サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援 ( ) ・要介護 1 2 3 4 5	

変更の理由	
-------	--

区分	サービスの種類		申請に係る具体的内容
	介護給付費	訓練等給付費	
変更を申請するサービス	訪問系・その他	<input type="checkbox"/> 居宅介護	/
		<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	
		<input type="checkbox"/> 行動援護	
		<input type="checkbox"/> 児童デイサービス	
		<input type="checkbox"/> 短期入所	
		<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援	
日中活動系	/	<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(機能訓練)
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 自立訓練(生活訓練)
			<input type="checkbox"/> 就労移行支援
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援(A型)
			<input type="checkbox"/> 就労継続支援(B型)
居住系	<input type="checkbox"/> 共同生活介護(ケアホーム)	<input type="checkbox"/> 共同生活援助(グループホーム)	
	<input type="checkbox"/> 施設入所支援		
旧設 法支援	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設(入所・通所)	
	<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設(入所・通所)	<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮	

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	医療機関の所在地	〒		
電話番号				

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

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（の変更）を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 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って、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って、2以外のもの
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、個別減免（の変更）を申請します。 1 グループホーム・ケアホーム入居者、施設入所者（注）（20歳以上） 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 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（親族等が現に居住する不動産を除く）
	<input type="checkbox"/> III 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）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"/> 補足給付の特例措置）（の変更）を申請等します。 ※市が発行する境界層対象者証明書が必要となります。
世帯範囲の特例	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、障害者が同一の世帯に属する者（配偶者を除く。）の扶養控除の対象となっていない。 2 医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。

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。

(注) 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設、特定旧法指定施設）

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）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

第5号様式（第9条関係）

申請内容変更届出書

（あて先）奈良市長

年 月 日

次のとおり変更がありましたので届け出ます。

フリガナ		生年 月日	年 月 日
支給決定障害者 （保護者）氏名			
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

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 支給決定障害者等（本人） <input type="checkbox"/> 本人以外（下の欄に記入）		
フリガナ		本人と の 関 係	
氏 名			
住 所	〒  電話番号		

変 更 事 項 （該当に○をし てください。）	支給決定障害者等に関すること	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保護者との続柄
	負担上限月額算定のために必要な事項	
	そ の 他	
変 更 内 容	変 更 前	
	変 更 後	

※変更した内容を証する書類を添付すること。



第6号様式(第10条関係)

受給者証再交付申請書

(あて先) 奈良市長

年 月 日

受給者証の再交付について申請します。

受給者証の種類	1 障害福祉サービス受給者証 2 療養介護医療受給者証	受給者証番号	
---------	--------------------------------	--------	--

フリガナ		生年月日	年 月 日
支給決定障害者(保護者)氏名			
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

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		本人との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

申請の理由	1 汚損      2 紛失      3 その他 〔具体的な状況〕
-------	---------------------------------------

※従前使用していた受給者証を添付すること(紛失を除く。)

第7号様式(第11条関係)

(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費) 支給申請書

【 年 月分】

(あて先) 奈良市長

年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費)の支給を申請します。

フリガナ		受 給 者 証 番 号						
申請者氏名								
申請者 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	続柄				
支給決定に係る 障害児氏名								
特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費 請求額								円

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	〒 電話番号		

(特例介護給付費 特例訓練等給付費 特例特定障害者特別給付費)を次の口座に振り込んでください。

口座 振込 依頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種 目	1 普通	2 当座	3 その他
	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード				
	フリガナ					
口座名義人						

(注) この申請書に該当月分の領収証及びサービス提供証明書を添付してください。

市記入欄

領収書確認欄	サービス提供 証明書確認欄	備 考

第8号様式(第13条関係)

介護給付費等利用者負担額減額・免除申請書

(あて先) 奈良市長

次のとおり介護給付費・訓練等給付費・特例介護給付費・特例訓練等給付費の利用者負担額の減額・免除を申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名		受給者証番号			
	居住地	〒 電話番号				
支給決定に係る障害児氏名	フリガナ		生年月日	年	月	日
			続柄			
申請の理由						

備考

- この申請は、災害による住宅等の損害、生計中心者の死亡、長期入院等による著しい収入減、事業の廃止等による生計中心者の著しい収入減、農作物の不作、不漁等による生計中心者の著しい収入減があった場合に、申請することができます。
- 申請の理由は、1の事実について記入してください。
- この申請書には、受給者証及び上記事実を確認することができる書類を添付してください。

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	〒 電話番号				

市記入欄

収入状況確認	災害状況等確認	備考

第9号様式(第13条関係)

介護給付費等利用者負担額減額・免除認定証

交付年月日 年 月 日

受 給 者	番 号										
	居 住 地										
	フリガナ										
	氏 名										
	生 年 月 日										
	適 用 年 月 日										
	有 効 期 限										
減 額 ・ 免 除 認 定 事 項	給付率 /100										
支 給 市 町 村 名 及 び	奈良市 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">印</span>										

(注)裏面に、注意事項を記載する。

第10号様式（第14条関係）

サービス利用計画作成対象障害者等認定申請書

（あて先）奈良市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

受給者証番号													
申請者	フリガナ									生年月日	年	月	日
	氏名												
	居住地	〒										電話番号	
	フリガナ									生年月日	年	月	日
認定申請に係る障害児氏名													

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	〒										電話番号		

第11号様式（第14条関係）

サービス利用計画作成依頼（変更）届出書

区分
新規・変更

受給者証番号									
届出者	氏名							生年月日	
	フリガナ							年 月 日	
	居住地	〒						電話番号	
支給決定に係る障害児	氏名					続柄	生年月日		
	フリガナ						年 月 日		
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			

サービス利用計画作成を依頼（変更）する事業者

事業者の事業所名	事業所の所在地
	電話番号

事業所を変更した場合の事由等（事業所を変更した場合のみ記入してください。）

変更年月日  
( 年 月 日付)

(あて先) 奈良市長

上記の指定相談支援事業者にサービス利用計画作成を依頼することを届出します。

年 月 日

居住地  
支給決定障害者等  
氏名

電話番号

(注)

- この届出書は、サービス利用計画作成を依頼する事業所が決まり次第、速やかに市に提出してください。
- サービス利用計画作成を依頼する事業所を変更したときは、変更年月日を記入のうえ、必ず市に提出してください。届出のない場合は、サービスに係る費用を一時的に、全額自己負担していただくことがあります。

第12号様式（第15条関係）

高額障害福祉サービス費支給申請書

（あて先）奈良市長

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	〒		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																				
同一世帯に属する他の 支給決定障害者の	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・施設受給者証番号・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。  
 2 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。  
 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費を次の口座に振り込んでください。

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	〒		電 話 番 号

第13号様式（第16条関係）

特定障害者特別給付費変更届出書

（あて先）奈良市長

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

届出者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	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
	支給決定に係る障害児氏名		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		
被保険者証の記号及び番号（※）			保険者名及び番号（※）			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害程度区分の認定	有・無	区分	1	2	3	4	5	6	有効期間		
	介護保険サービス	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（ ）・要介護					1	2	3	4
変更の理由													

変更するサービス	区分	サービスの種類				変更に係る具体的内容
		介護給付費		訓練等給付費		
	居住系	<input type="checkbox"/> 施設入所支援				
	旧法支援施設	<input type="checkbox"/> 身体障害者更生施設（入所・通所）		<input type="checkbox"/> 身体障害者療護施設（入所・通所）		
<input type="checkbox"/> 身体障害者授産施設（入所・通所）		<input type="checkbox"/> 知的障害者更生施設（入所・通所）				
<input type="checkbox"/> 知的障害者授産施設（入所・通所）		<input type="checkbox"/> 知的障害者通勤寮				



主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	医療機関の所在地	〒		
電話番号				

(※) 主治医の欄は、介護給付費（旧法指定施設を除く。）を申請する場合記入すること。

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（の変更）を申請します。 （あてはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。） 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って、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って、2以外のもの			
	<input type="checkbox"/> II 個別減免に関する認定 下記のいずれにもあてはまるため、個別減免（の変更）を申請します。 1 グループホーム・ケアホーム入居者、施設入所者（注）（20歳以上） 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 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（親族等が現に居住する不動産を除く）			
	<input type="checkbox"/> III 特定障害者特別給付費（補足給付）に関する認定（入所施設の食費軽減措置） 下記のいずれにもあてはまるため、特定障害者特別給付費（の変更）を申請します。 <20歳以上の方> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                     1 施設入所者（注）であること（年齢 歳）                      2 市町村民税非課税世帯の者                 </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">                     &lt;20歳未満の方&gt;                      1 施設入所者（注）であること（年齢 歳）                 </td> </tr> </table>		1 施設入所者（注）であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1 施設入所者（注）であること（年齢 歳）
	1 施設入所者（注）であること（年齢 歳） 2 市町村民税非課税世帯の者	<20歳未満の方> 1 施設入所者（注）であること（年齢 歳）		
<input type="checkbox"/> IV 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、補足給付の特例措置）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"/> 補足給付の特例措置）（の変更）を申請等します。 ※市が発行する境界層対象者証明書が必要となります。				
世帯範囲の特例	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、障害者が同一の世帯に属する者（配偶者を除く。）の扶養控除の対象となっていない。 2 医療保険制度において、同一の世帯に属する者の被扶養者となっていない。			

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。

（注）対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設（障害者支援施設、特定旧法指定施設）

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）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒		
電話番号			

第14号様式 (第17条関係)

自立支援医療費 (育成・更生・精神通院) 支給認定申請書 (新規・再認定・変更)						
※ 1						
障害者・児	フリガナ	性別	男・女	年齢	歳	生 年 月 日
	受診者氏名					年 月 日
の受診者が18歳未満の場合	フリガナ	電話番号			受診者との関係	
	受診者居住地					
※ 2	フリガナ	電話番号 ※ 2				
	保護者氏名					
負担額に関する事項	受診者の被保険者証の記号及び番号	保険者名				
	受診者と同一保険の加入者					
※ 3	該当する所得区分	生保・低1・低2・中間1・中間2・一定以上			重度かつ継続 ※ 4	該当・非該当
身体障害者手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号					
受診を希望する指定自立支援医療機関 (薬局・訪問看護事業者を含む。)	医療機関名			所在地・電話番号		
受給者番号 ※ 5						
(あて先) 奈良市長						
年 月 日						
私は、上記のとおり、自立支援医療費の支給を申請します。						
申請者氏名						印 ※ 6

- ※ 1 該当する医療の種類及び新規・再認定・変更 (自己負担限度額及び指定医療機関の変更認定の申請の場合) のいずれかに○をする。
- ※ 2 受診者本人と異なる場合に記入する。
- ※ 3 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※ 4 チェックシートを参照し、該当すると思う区分に○をする。
- ※ 5 再認定又は変更の方のみ記入する。
- ※ 6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

----- ここから下の欄には記入しないでください。 -----

市記入欄

第15号様式（第18条関係）

（表面）

自立支援医療受給者証（育成医療・更生医療・精神通院）			
公費負担者番号			
自立支援医療費受給者番号			
受診者	フリガナ		性別 生年月日
	氏名		男・女 年 月 日
	フリガナ		
	居住地		
	被保険者証の記号及び番号		保険者名
	重度かつ継続	該当・非該当	
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続柄
	氏名		
	フリガナ		
	居住地		
指定医療機関名	病院・診療所		所在地・電話番号
	薬局		所在地・電話番号
	訪問看護事業者		所在地・電話番号
自己負担上限額			
有効期間			
上記のとおり認定する。			
年 月 日			
奈良市長			印

(裏面)

自立支援医療受給者証（対象となる障害名及び医療の具体的方針）

公費負担の対象となる障害	
医療の具体的方針	
特定疾病療養受療証	有 ・ 無

※ 人工透析を受ける方については、本受給者証と併せて特定疾病療養受療証を医療機関窓口へ提出すること。

第16号様式（第19条関係）

自立支援医療受給者証等記載事項変更届（育成医療・更生医療・精神通院）				
受 診 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏 名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	居 住 地	電話番号		
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	フリガナ			
	居住地	電話番号		
自立支援医療費受給者番号				
受給者証の有効期間	年 月 日から		年 月 日まで	
変 更 内 容	事 項	変 更 前	変 更 後	
	受診者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）			
	保護者に関する事項 （氏名・住所・電話番号）			
	被保険者証に関する事項 （記号及び番号・保険者名・ 受診者と同一の加入者）			
	身体障害者手帳・精神障 害者保健福祉手帳番号			
備 考				
私は、自立支援医療受給者証及び自立支援医療支給認定申請書に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。				
(あて先) 奈良市長				
年 月 日				
届出者氏名				
㊟				

※ 自己負担上限額（所得区分及び重度かつ継続該当・非該当）及び指定自立支援医療機関の変更については、支給認定の変更を行うため、自立支援医療費支給認定の変更を申請すること。

第17号様式（第20条関係）

医療受給者証再交付申請書

（あて先）奈良市長

次のとおり医療受給者証の再交付を申請します。

申請年月日 年 月 日

受 診 者	フリガナ		性別	生 年 月 日
	氏 名		男・女	年 月 日
	フリガナ			
	居 住 地	電話番号		
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ		続 柄	
	氏 名			
	フリガナ			
	住 所	電話番号		
自立支援医療費受給者番号				
医療受給者証の有効期間	年 月 日から		年 月 日まで	
申 請 の 理 由				

- （注） 1 医療受給者証を破り、又は汚した場合の申請については、現在お持ちの医療受給者証を添付してください。  
2 再交付を受けた後、失った医療受給者証を発見したときは、速やかに市に返還してください。

第18号様式（第21条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書  
（病院又は診療所）

保険医療機関	名称			
	所在地	電話番号		
開設者	住所			
	氏名又は名称			
標ぼうしている診療科目				
担当しようとする自立支援医療の種類				
主として担当する医師又は歯科医師の経歴	別添経歴書のとおり	自立支援医療を行うために必要な体制及び設備の概要	別添体制・設備概要のとおり	
自立支援医療を行うための入院設備の定員		人		
<p>上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定（変更）されたく申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">開設者</p> <p style="text-align: center;">住 所</p> <p style="text-align: center;">氏名又は名称 <span style="float: right;">Ⓜ</span></p> <p>（あて先）奈良市長</p>				

- (注) 1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「(育成医療・更生医療)」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。
- 2 変更を希望する場合は、希望する変更部分について、変更前と変更後の双方を記載すること (例 変更前 ○○医師 変更後 △△医師)。

第19号様式（第21条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書  
（薬局）

保 険 薬 局	名 称			
	所 在 地	電話番号		
開 設 者	住 所			
	氏名又は名称			
薬 剤 師 の 氏 名		略 歴	別 添 経 歴 書 の と お り	
調 剤 の た め に 必 要 な 設 備 及 び 施 設 の 概 要			別 添 体 制 ・ 設 備 概 要 の と お り	

上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定（変更）されたく申請します。

年 月 日

開設者

住 所

氏名又は名称

印

（あて先）奈良市長

- （注） 1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。  
2 変更を希望する場合は、希望する変更部分について、変更前と変更後の双方を記載すること（例 変更前 薬剤師 ○○ 変更後薬剤師 △△）。



第20号様式（第21条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）指定（変更）申請書  
（指定訪問看護事業者等）

指定居宅サービス事業者・ 指定訪問看護事業者	名 称	
	主たる事務所の所在地	電話番号
訪問看護ステーション等	名 称	
	所 在 地	電話番号
	職 員 の 定 数	別添訪問看護等に従事する職員の定数のとおり

上記のとおり障害者自立支援法第59条第1項の規定による指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）として指定（変更）されたく申請します。

年 月 日

指定訪問看護事業者等

所在地

名 称

印

（あて先）奈良市長

- （注） 1 育成医療又は更生医療いずれか単独での指定を希望する場合は、様式中の「（育成医療・更生医療）」のうち、指定を希望しない医療部分を二重線で消去すること。  
2 変更を希望する場合は、希望する変更部分について、変更前と変更後の双方を記載すること（例 変更前 ○○ 変更後 △△）。

第21号様式（第22条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）変更届出書

指定自立支援 医療機関	名 称		
	所 在 地	電話番号	
変 更 事 項	変 更 前		変 更 後
変 更 年 月 日	年 月 日		
変 更 理 由			

上記のとおり変更がありましたので、障害者自立支援法第64条の規定により届け出ます。

年 月 日

開設者（指定訪問看護事業者等）

住 所

氏 名



（あて先）奈良市長

第22号様式（第23条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）休止等届出書

指定自立支援医療機関	名 称			
	所 在 地	電話番号		
届 出 事 項	1 休止      2 廃止      3 再開      4 処分			
届出事由の発生日	年      月      日			
休止の場合の再開 予 定 年 月 日	年      月      日			
処分を受けた場合は、 そ の 理 由				

障害者自立支援法施行規則第63条の規定により、上記のとおり届け出ます。

年      月      日

開設者（指定訪問看護事業者等）

住 所

氏 名

㊟

（あて先）奈良市長

第23号様式（第24条関係）

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）辞退申出書

医療機関 (薬局・訪問看護 ステーション等)	名称		
	所在地	電話番号	
開設者 (指定訪問看護事 業者等)	氏名又は名称		
	住所	電話番号	
病院・診療所に あっては、既に 指定を受けてい る医療の種類		指 定 年 月 日	年 月 日
辞 退 の 理 由		辞 退 年 月 日	年 月 日

上記のとおり障害者自立支援法第65条の規定により、同法第59条第1項による自立支援医療機関の指定を辞退  
します。

年 月 日

開設者（指定訪問看護事業者等）

住 所

氏 名

㊟

（あて先）奈良市長

第24号様式（第25条関係）

補装具費（購入・修理）支給申請書

申請日 年 月 日

（あて先）奈良市長

（申請者）

居住地

氏名

対象者との続柄

電話

次のとおり補装具費（購入・修理）の支給申請をいたします。

対象者	居住地					
	フリガナ氏名					
	生年月日	年月日	性別		電話	
身体障害者手帳	手帳番号	第 号	交付年月日		年月日	
	障害種別				障害等級	
障害名						
購入・修理を受ける補装具の種目・名称						
判定予定日						
希望する補装具業者	名称					
	所在地					
	電話		FAX			
該当する所得区分	生活保護 ・ （低所得1 ・ 低所得2） ・ 一般 ・ 一定所得以上					
世帯範囲の特例に関する認定	<input type="checkbox"/> 次のいずれにもあてはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子供等の被扶養者となっていない。					
生活保護への移行予防措置に関する認定	<input type="checkbox"/> 生活保護への移行予防（定率負担減免措置）を希望します。					

第25号様式（第28条・第30条関係）

地域生活支援事業利用（変更）申請書  
（兼利用者負担額減額・免除申請書）

（あて先）奈良市長

次のとおり申請（変更申請）します。

年 月 日

対象者	氏名		生年月日		年 月 日
	住所	〒			
		TEL			
支給申請に係る児童氏名		続柄（ ）	生年月日		年 月 日
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	

サービスの利用状況	居宅サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	施設サービス	利用中の施設名等
	介護保険	

申請（変更申請）する支援の種類・内容等	種類	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	<input type="checkbox"/> 日常生活用具給付事業
		<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業
		<input type="checkbox"/> 自動車運転免許取得事業	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業
		<input type="checkbox"/> 自動車改造助成事業	<input type="checkbox"/> 経過的デイサービス事業
		<input type="checkbox"/> 更生訓練費給付事業	
内容			
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。

(変更申請する減免の種類)

月額負担上限額に関する認定

次の区分の適用を申請（変更申請）します。  
(当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。)

- 1 生活保護受給世帯に属する者
- 2 市町村民税非課税世帯に属する者

※ 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）		
氏名		申請者との関係	
住所	〒   TEL		

※申請者本人が提出する場合は、記入不要

第26号様式（第28条関係）

手話通訳者・要約筆記者 派遣申請書

年 月 日

（あて先）奈良市長

申請者  
（団体名）  
氏 名  
住 所  
F A X ー  
電 話 ー

次のとおり手話通訳者・要約筆記者の派遣を申請します。

派 遣 日 時	<p style="text-align: center;">年 月 日（ ） 午前・午後 時 分から</p> <p style="text-align: center;">年 月 日（ ） 午前・午後 時 分まで</p>
派 遣 場 所	
派 遣 内 容	
待 ち 合 わ せ 場 所	
待 ち 合 わ せ 時 刻	<p style="text-align: center;">午前 時 分</p> <p style="text-align: center;">午後</p>
そ の 他	

（平成18年10月20日揭示済）



奈良市身体障害者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18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

奈良市規則第81号

奈良市身体障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

奈良市身体障害者福祉法施行細則（昭和62年奈良市規則第29号）の一部を次のように改正する。

第2条を削る。

第3条中「第9条第6項」を「第9条第7項」に、「（別記第3号様式）」を「（別記第1号様式）」に、「（別記第4号様式）」を「（別記第2号様式）」に改め、同条を第2条とする。

第4条を第3条とする。

第4条の2中「（別記第5号様式）」を「（別記第3号様式）」に改め、同条を第4条とする。

第4条の6から第13条までを削る。

第4条の3中「（別記第5号様式の2）」を「（別記第4号様式）」に改め、同条を第5条とする。

第4条の4中「（別記第5号様式の3）」を「（別記第5号様式）」に改め、同条を第6条とする。

第4条の5第1項中「（別記第5号様式の4）」を「（別記第6号様式）」に改め、同条第2項中「（別記第5号様式の5）」を「（別記第7号様式）」に改め、同条を第7条とし、同条の次に次の1条を加える。

（入所又は入院の委託）

第8条 市長は、身体障害者を法第18条第2項の規定により障害者支援施設等又は指定医療機関へ入所又は入院を委託するときは、必要に応じ更生相談所の判定を求めるものとする。

2 市長は、前項の入所又は入院の委託を行うときは、障害者支援施設等又は指定医療機関の長に対し入所・入院委託書（別記第8号様式）を送付するとともに、身体障害者に対して入所・入院決定通知書（別記第9号様式）を送付するものとする。

3 市長は、法第18条第2項に規定する措置を行った身体障害者（以下「被措置者」という。）について、当該措置を変更することを決定したときは、入所・入院措置変更決定通知書（別記第10号様式）を当該被措置者に送付するものとする。

4 市長は、被措置者について当該措置を解除することを決定したときは、入所・入院措置解除決定通知書（別記第11号様式）を当該被措置者に送付するとともに、入所・入院措置解除通知書（別記第12号様式）を当該被措置者の入所する障害者支援施設等又は指定医療機関の長に送付するものとする。

第14条第1号中「（別記第20号様式の2）」を「（別記第13号様式）」に改め、同条第2号中「（別記第20号様式の3）」を「（別記第14号様式）」に改め、同条第3号を削り、同条を第9条とする。

第15条を第10条とする。

別表を削る。

別記第1号様式及び第2号様式を削る。

別記第3号様式中「（第3条関係）」を「（第2条関係）」に改め、同様式を別記第1号様式とする。

別記第4号様式中「（第3条関係）」を「（第2条関係）」に改め、同様式を別記第2号様式とする。

別記第5号様式中「（第4条の2関係）」を「（第4条関係）」に改め、同様式を別記第3号様式とする。

別記第5号様式の2中「（第4条の3関係）」を「（第5条関係）」に、「第4条の3の」を「第5条の」に改め、同様式を別記第4号様式とする。

別記第5号様式の3中「（第4条の4関係）」を「（第6条関係）」に改め、同様式を別記第5号様式とする。

別記第8号様式から第20号様式までを削る。

別記第7号様式の4中「（第5条関係）」を「（第8条関係）」に、「入所措置解除通知書」を「入所・入院措置解除通知書」に、「第18条第3項」を「第18条第2項」に改め、同様式を別記第12号様式とする。

別記第7号様式の3中「（第5条関係）」を「（第8条関係）」に、「入所措置解除決定通知書」を「入所・入院措置解除決定通知書」に、「入所していた」を「入所・入院していた」に改め、同様式を別記第11号様式とする。

別記第7号様式の2中「（第5条関係）」を「（第8条関係）」に、「入所措置変更決定通知書」を「入所・入院措置変更決定通知書」に、「入所している身体障害者更生施設等の入所期間」を「入所・入院している障害者支援施設等の入所・入院期間」に、

「入所予定期間」を「入所・入院予定期間」に、「入所予定期間後」を「入所・入院予定期間後」に改め、同様式を別記第10号様式とする。

別記第7号様式を削る。

別記第6号様式中「（第5条関係）」を「（第8条関係）」

「依頼書」を「入所・入院委託書」に、

「第18条第3項」を「第18条第2項」に、「入所援護」を

「入所・入院」に、「依頼委託」を「委託」に、「入所の可否」を「入所・入院の可否」に、

「入所委託の開始年月日」を「入所・入院委託の開始年月日」に改め、同様式を別記第8号様式とし、同様式の次に次の1様式を加える。

第9号様式(第8条関係)

入所・入院決定通知書

第 号

年 月 日

様

奈良市長



あなたは に入所・入院できることになりましたので通知します。

入所・入院の条件及び注意事項は、次のとおりですから御承知ください。

入所・入院期日	年 月 日	入所・入院予定期間	箇月
入所・入院中の費用	公費、自費(本人 円、扶養義務者 円)		
入所・入院に必要な書類及び身の回り品			
備 考			

施設に入所・入院中は、施設の規則、職員の注意をよく守ってください。

別記第5号様式の6から第5号様式の20までを削る。  
別記第5号様式の5中「(第4条の5関係)」を「(第7条関係)」に改め、同様式を別記第7号様式とする。  
別記第5号様式の4中「(第4条の5関係)」を「(第7条関係)」に改め、同様式を別記第6号様式とする。  
別記第20号様式の2中「(第14条関係)」を「(第9条関係)」に改め、同様式を別記第13号様式とする。  
別記第20号様式の3中「(第14条関係)」を「(第9条関係)」に改め、同様式を別記第14号様式とする。  
別記第21号様式及び別記第22号様式を削る。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。  
(平成18年10月20日揭示済)

奈良市知的障害者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18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

奈良市規則第82号

奈良市知的障害者福祉法施行細則の一部を改正する規則

奈良市知的障害者福祉法施行細則(昭和62年奈良市規則第30号)の一部を次のように改正する。

第2条中「第9条第4項」を「第9条第5項」に改める。

第3条第1項中「第9条第5項」を「第9条第6項」に改める。

第3条の2から第3条の11までを削る。

第4条第1項中「第39条」を「第1条」に改める。

第6条を次のように改める。

(更生援護の委託)

第6条 市長は、法第16条第1項第2号の規定により障害者支援施設等又はのぞみの園に更生援護を委託しようとするときは、当該施設の長に対し、援護依頼(委託)書(別記第7号様式)を送付するとともに、知的障害者又はその保護者に対して入所決定通知書(別記第8号様式)を送付するものとする。

第7条から第9条までを削る。

第10条中「(別記第12号様式)」を「(別記第9号様式)」に、「(別記第13号様式)」を「(別記第10号様式)」に改め、同条を第7条とする。

第11条を第8条とする。

別記第1号様式中「第9条第4項」を「第9条第5項」に改める。

別記第2号様式中「第9条第5項」を「第9条第6項」に改める。

別記第3号様式の2から第3号様式の11までを削る。

別記第9号様式から第11号様式までを削る。

別記第12号様式中「(第10条関係)」を「(第7条関係)」に改め、同様式を別記第9号様式とする。

別記第13号様式中「(第10条関係)」を「(第7条関係)」に改め、同様式を別記第10号様式とする。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。  
(平成18年10月20日揭示済)

奈良市総合福祉センター条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

奈良市規則第83号

奈良市総合福祉センター条例施行規則の一部を改正する規則

奈良市総合福祉センター条例施行規則(昭和59年奈良市規則第43号)の一部を次のように改正する。

第8条中「40人」を「50人」に改める。

別記第6号様式中「 短期入所」を「 生活介護」に、

「年月日から年月日まで  
※短期入所の場合  
時分から時分まで」を

「年月日から年月日まで」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。  
(平成18年10月20日揭示済)

奈良市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18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

奈良市規則第84号

奈良市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

奈良市児童福祉法施行細則(平成14年奈良市規則第47号)の一部を次のように改正する。

第4条第1項中「第21条の9第3項第2号」を「第20条第3項第2号」に改め、同条第2項中「第21条の9第3項第4号」を「第20条第3項第4号」に改める。

別表備考第4項第1号ア中「第21条の9」を「第20条」に改め、同号イ中「第21条の4第1項」を「第20条」に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。  
(平成18年10月20日揭示済)

奈良市母子保健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18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

**奈良市規則第85号**

奈良市母子保健法施行細則の一部を改正する規則  
奈良市母子保健法施行細則（平成14年奈良市規則第59号）の一部を次のように改正する。

別表備考第4項第1号を次のように改める。

- (1) A階層以外の各層に属する世帯から2人以上の児童が、次に掲げる措置のいずれかを同一月に受ける場合には、その月の徴収金月額中最も多額な児童以外の児童については、この表に定める加算金月額によりそれぞれ算定するものとする。

ア 法第20条の規定による養育医療の給付

イ 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第20条の規定による療育の給付

**附 則**

この規則は、公布の日から施行する。

（平成18年10月20日揭示済）

奈良市小児慢性特定疾患治療研究事業実施規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

**奈良市規則第86号**

奈良市小児慢性特定疾患治療研究事業実施規則の一部を改正する規則

奈良市小児慢性特定疾患治療研究事業実施規則（平成17年奈良市規則第57号）の一部を次のように改正する。

第2条第1項第1号中「児童福祉法第21条の9の2の規定に基づき厚生労働大臣が定める慢性疾患及び当該疾患ごとに厚生労働大臣が定める疾患の状態の程度」を「児童福祉法第21条の5の規定に基づき厚生労働大臣が定める慢性疾患及び当該疾患ごとに厚生労働大臣が定める疾患の状態の程度」に改める。

**附 則**

この規則は、公布の日から施行する。

（平成18年10月20日揭示済）

奈良市行政組織規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

**奈良市規則第87号**

奈良市行政組織規則の一部を改正する規則

奈良市行政組織規則（平成14年奈良市規則第43号）の一部を次のように改正する。

第31条庶務係の部分の第5号中「更生医療指定医療機関」を「指定自立支援医療機関」に改め、同部分の第8号を次のように改める。

- (8) 自立支援医療費（更生医療）の支給に関すること。

第31条庶務係の部分中第10号を第12号とし、第9号を第11号とし、第8号の次に次の2号を加える。

- (9) 地域生活支援事業（日常生活用具給付事業に限る。）に関すること。

- (10) 地域生活支援事業の事業者に関すること。

第31条支援係の部分の第1号中「補装具及び日常生活用具の給付」を「補装具費の支給」に改め、同部分の第6号を次のように改める。

- (6) 障害福祉サービスの介護給付費（精神障害者に係るものを除く。）の支給に関すること。

第31条支援係の部分中第7号を第8号とし、第6号の次に次の1号を加える。

- (7) 介護給付費等の支給に関する審査会に関すること。

第31条指導係の部分の第4号中「施設訓練等支援費及び」を削り、同部分の第5号を次のように改める。

- (5) 障害福祉サービスの訓練等給付費（精神障害者に係るものを除く。）の支給に関すること。

第31条指導係の部分中第8号を削り、第7号を第8号とし、第6号を第7号とし、第5号の次に次の1号を加える。

- (6) 地域生活支援事業（日常生活用具給付事業を除く。）に関すること。

**附 則**

この規則は、公布の日から施行する。

（平成18年10月20日揭示済）

奈良市保健所組織規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

**奈良市規則第88号**

奈良市保健所組織規則の一部を改正する規則

奈良市保健所組織規則（平成14年奈良市規則第44号）の一部を次のように改正する。

第6条精神保健難病係の部分の第4号を次のように改める。

- (4) 障害福祉サービスの介護給付費等（精神障害者に係るものに限る。）の支給に関すること。

第6条精神保健難病係の部分中第13号を第14号とし、第6号から第12号までを1号ずつ繰り下げ、第5号の次に次の1号を加える。

- (6) 地域生活支援事業に関すること。

**附 則**

この規則は、公布の日から施行する。

（平成18年10月20日揭示済）

奈良市公印規則の一部を改正する規則をここに公布する。

平成18年10月20日

奈良市長 藤原 昭

**奈良市規則第89号**

奈良市公印規則の一部を改正する規則

奈良市公印規則（昭和25年奈良市規則第12号）の一部を次のように改正する。

別表市長認印の項中

支援費事務  
用

を

障害者自立  
支援事務用

に改める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、この規則による改正後の奈良市公印規則の規定は、平成18年10月1日から適用する。

(平成18年10月20日揭示済)

訓 令 甲

奈良市訓令甲第9号

庁 中 一 般  
関 係 各 所

奈良市事務専決規程の一部を改正する訓令を次のように定める。

平成18年10月20日

奈良市長 藤 原 昭

奈良市事務専決規程の一部を改正する訓令

奈良市事務専決規程（平成14年奈良市訓令甲第1号）の一部を次のように改正する。

第4条第1項保健福祉部長の部分の第9号を削り、同部分の第10号中「第3項及び第4項」を「及び第2項」に改め、同号を同部分の第9号とし、同部分中第11号を削り、第12号を第10号とし、同号の次に次の1号を加える。

(11) 障害者自立支援法（平成17年法律第123号）第21

条第1項に規定する障害者等の障害程度区分の認定

第4条第1項保健福祉部長の部分の第13号中「（平成17年法律第123号）」を削り、同号を同部分の第12号とし、同号の次に次の1号を加える。

(13) 障害者自立支援法第54条第1項に規定する自立支援医療費（更生医療）の支給認定

第4条第1項保健福祉部長の部分中第14号を削り、同部分の第15号中「（更生医療）」を削り、同号を同部分の第14号とし、同部分中第16号を削り、第17号を第15号とし、第18号を第16号とし、第19号を第17号とし、第20号及び第21号を削り、第22号を第18号とし、第23号から第45号までを4号ずつ繰り上げ、同項保健所長の部分中第7号を第11号とし、第6号を第10号とし、第5号を第8号とし、同号の次に次の1号を加える。

(9) 小児慢性特定疾患治療研究事業による医療費の給付

第4条第1項保健所長の部分中第4号を第7号とし、同部分の第3号中「第21条の9第1項」を「第20条第1項」に改め、同号を同部分の第6号とし、同部分の第2号中「育成医療」を「自立支援医療費（育成医療）」に改め、同号を同部分の第4号とし、同号の次に次の1号を加える。

(5) 障害者自立支援法第77条及び第78条に規定する地域生活支援事業に係るサービスの支給決定

第4条第1項保健所長の部分の第1号の次に次の2号を

加える。

(2) 障害者自立支援法第21条第1項に規定する障害者等の障害程度区分の認定

(3) 障害者自立支援法第22条に規定する介護給付費等の支給の要否の決定

第4条第1項都市整備部長の部分の第12号中「（昭和36年法律第191号）」の次に「第8条第1項本文」を、「許可」の次に「及び同法第12条第1項に基づく宅地造成工事の変更許可」を加え、同部分の第17号中「都市計画法」の次に「第29条第1項及び第2項」を、「許可」の次に「並びに同法第35条の2第1項に基づく開発行為の変更許可」を加え、同部分中第22号を第23号とし、第19号から第21号までを1号ずつ繰り下げ、第18号の次に次の1号を加える。

(19) 都市計画法に基づく建築制限等の緩和承認

第6条第1項障がい福祉課長の部分の第2号及び第3号を次のように改める。

(2) 障害者自立支援法第76条第1項に規定する補装具費の支給

(3) 障害者自立支援法第77条及び第78条に規定する地域生活支援事業に係るサービスの支給決定

第6条第1項障がい福祉課長の部分中第4号から第6号までを削り、第7号を第4号とし、第8号を第5号とし、同項開発指導課長の部分中第3号を削り、第4号を第3号とし、第5号を第4号とし、第6号を第5号とする。

附 則

この訓令は、平成18年10月20日から施行する。

(平成18年10月20日揭示済)