

○児童福祉法施行細則

昭和六十二年五月一日
大分県規則第二十六号

児童福祉法施行細則をここに公布する。

児童福祉法施行細則

児童福祉法施行細則(昭和二十七年大分県規則第四十七号)の全部を改正する。

(趣旨)

第一条 この規則は、児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号。以下「法」という。)及び児童福祉法施行規則(昭和二十三年厚生省令第十一号。以下「施行規則」という。)の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

第二条 削除

(平二一規則四八)

第三条 削除

(平一二規則七六)

(療育の給付の申請)

第四条 施行規則第十条第一項に規定する申請は、療育給付申請書(第三号様式)により行わなければならない。

(指定障害児通所支援事業及び指定障害児入所施設の指定の申請等)

第四条の二 施行規則第十八条の二十七第一項、第十八条の二十八第一項、第十八条の二十九第一、第十八条の三十第一項及び第二十五条の二十一第一項の規定による申請は、指定障害児通所支援事業／指定障害児入所施設／指定申請書(第三号様式の二)により行わなければならない。

2 施行規則第十八条の三十五第一項及び第二十五条の二十二の規定による届出は、変更届出書(第三号様式の三)により行わなければならない。

3 施行規則第十八条の三十五第三項及び第四項の規定による届出は、廃止・休止・再開届出書(第三号様式の四)により行わなければならない。

(助産の実施の申込みの手続等)

第五条 法第二十二条第一項の規定による申込みは、助産施設入所申込書(第四号様式)により行わなければならない。

2 知事は、前項の申込みがあった場合において、法第二十二条第一項の規定による助産

の実施(以下単に「助産の実施」という。)を行うことを決定したときは、助産施設／母子生活支援施設／入所承諾書(第四号様式の三)を当該申込者に、当該助産施設／母子生活支援施設／入所承諾書の写しを当該申込者に係る助産の実施を行う助産施設にそれぞれ交付し、助産の実施を行わないことを決定したときは、助産施設／母子生活支援施設／入所不承諾通知書(第四号様式の四)を当該申込者に交付するものとする。

- 3 知事は、助産の実施を解除するときは、助産実施／母子保護実施／解除通知書(第四号様式の五)を当該助産の実施に係る者及び助産施設に交付するものとする。

(平一三規則四一・全改)

(母子生活支援施設の入所申込みの手続等)

第五条の二 法第二十三条第一項の規定による申込みは、母子生活支援施設入所申込書(第四号様式の二)により行わなければならない。

- 2 知事は、前項の申込みがあった場合において、法第二十三条第一項の規定による母子保護の実施(以下単に「母子保護の実施」という。)を行うことを決定したときは、助産施設／母子生活支援施設／入所承諾書を当該申込者に、当該助産施設／母子生活支援施設／入所承諾書の写しを当該申込者に係る母子保護の実施を行う母子生活支援施設にそれぞれ交付し、母子保護の実施を行わないことを決定したときは、助産施設／母子生活支援施設／入所不承諾通知書を当該申込者に交付するものとする。

- 3 知事は、母子保護の実施を解除するときは、助産実施／母子保護実施／解除通知書を当該母子保護の実施に係る者及び母子生活支援施設に交付するものとする。

(平一三規則四一・追加)

(障害児入所給付費の申請等)

第五条の三 施行規則第二十五条の七第一項及び第二十五条の十九第一項の規定による申請は、障害児入所給付費／特定入所障害児食費等給付費／支給申請書(第四号様式の六)により行わなければならない。

- 2 施行規則第二十五条の七第七項の規定による届出は、申請内容変更届出書(第四号様式の七)により行わなければならない。

- 3 施行規則第二十五条の十七第一項の規定による申請は、高額障害児入所給付費支給申請書(第四号様式の八)により行わなければならない。

(障害児入所受給者証)

第五条の四 施行規則第二十五条の十一の入所受給者証は、第四号様式の九によるものとする。

(入所児童についての届出)

第六条 施行規則第二十七条の規定による届出は、入所児童異動届出書(第五号様式)により行わなければならない。

第七条 削除

(平一八規則四五)

(身分を証する証票)

第八条 法第二十九条に規定する証票は、身分証明書(第八号様式)による。

(児童を同居させた者等の届出)

第九条 施行規則第三十四条の二の規定による届出は、児童を同居させた者の届出書(第九号様式)により行わなければならない。

2 施行規則第三十四条の三の規定による届出は、児童と同居をやめた者の届出書(第十号様式)により行わなければならない。

(児童自立生活援助事業所の入居申込み)

第九条の二 法第三十三条の六第一項の規定による申込みは、児童自立生活援助事業所入居申込書(第十号様式の二)により行わなければならない。

(平二一規則四八・追加)

(障害児通所支援事業等の開始の届出等)

第九条の二の二 法第三十四条の三第二項の規定による届出は、障害児通所支援事業等開始届出書(第十号様式の二の二)により行わなければならない。

2 法第三十四条の三第三項の規定による届出は、障害児通所支援事業等変更届出書(第十号様式の二の三)により行わなければならない。

3 法第三十四条の三第四項の規定による届出は、障害児通所支援事業等／廃止／休止／届出書(第十号様式の二の四)により行わなければならない。

(児童自立生活援助事業等の開始の届出等)

第九条の三 法第三十四条の四第一項の規定による届出は、児童自立生活援助事業等開始届出書(第十号様式の三)により行わなければならない。

2 法第三十四条の四第二項の規定による届出は、児童自立生活援助事業等変更届出書(第十号様式の四)により行わなければならない。

3 法第三十四条の四第三項の規定による届出は、児童自立生活援助事業等／廃止／休止／届出書(第十号様式の五)により行わなければならない。

(平四規則三〇・追加、平一八規則四五・平一八規則八五・一部改正、平二一規則

四八・旧第九条の二繰下・一部改正)

(一時預かり事業の開始の届出等)

第九条の四 法第三十四条の十二第一項の規定による届出は、一時預かり事業開始届出書(第十号様式の六)により行わなければならない。

2 法第三十四条の十二第二項の規定による届出は、一時預かり事業変更届出書(第十号様式の七)により行わなければならない。

3 法第三十四条の十二第三項の規定による届出は、一時預かり事業/廃止/休止/届出書(第十号様式の八)により行わなければならない。

(平二一規則四八・追加)

(養育里親希望者の申請等)

第九条の五 施行規則第三十六条の四十一第一項の規定による申請は、養育里親認定申請書(第十号様式の九)により行われなければならない。

2 施行規則第三十六条の四十一第二項の規定による申請は、専門里親認定申請書(第十号様式の十)により行われなければならない。

3 施行規則第三十六条の四十三の規定による届出は、養育里親認定変更等届出書(第十号様式の十一)により行われなければならない。

(平二一規則四八・追加、平二三規則三六・一部改正)

(児童福祉施設の設置の届出等)

第十条 法第三十五条第三項の規定による届出は、児童福祉施設設置届出書(第十一号様式)により行わなければならない。

2 施行規則第三十七条第二項の規定による申請は、児童福祉施設設置認可申請書(第十二号様式)により行わなければならない。

(児童福祉施設の変更の届出等)

第十一条 施行規則第三十七条第四項の規定による届出は、児童福祉施設変更届出書(第十三号様式)により行わなければならない。

2 施行規則第三十七条第五項の規定による届出は、児童福祉施設変更届出書(第十四号様式)により行わなければならない。

3 施行規則第三十七条第六項の規定による届出は、児童福祉施設変更届出書(第十五号様式)により行わなければならない。

(平七規則六四・一部改正)

(児童福祉施設の廃止等の届出等)

第十二条 法第三十五条第六項に規定する届出は、児童福祉施設／廃止／休止／届出書(第十六号様式)により行わなければならない。

2 施行規則第三十八条第二項の承認の申請は、児童福祉施設／廃止／休止／承認申請書(第十七号様式)により行わなければならない。

(縁組承諾許可の申請)

第十三条 施行規則第三十九条第一項の規定による申請は、縁組承諾許可申請書(第十八号様式)により行わなければならない。

(委任)

第十四条 この規則の施行に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成四年規則第三〇号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成七年規則第六四号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成一〇年規則第三〇号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成一一年規則第六五号)

この規則は、平成十二年一月一日から施行する。

附 則(平成一二年規則第七六号)

この規則は、平成十二年四月一日から施行する。

附 則(平成一三年規則第四一号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成一七年規則第七八号)

1 この規則は、公布の日から施行する。

2 改正前の児童福祉法施行細則第三号様式から第四号様式の五までの規定による用紙は、

当分の間、所要の補正をして使用することができる。

附 則(平成一八年規則第四五号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正前の児童福祉法施行細則第四号様式から第四号様式の五まで、第六号様式及び第十号様式の二から第十号様式の四までの規定による用紙は、当分の間、所要の補正をして使用することができる。

附 則(平成一八年規則第八五号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正前の児童福祉法施行細則第十号様式の二から第十号様式の四までの規定による用紙は、当分の間、所要の補正をして使用することができる。

附 則(平成一九年規則第二六号)抄
(施行期日)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成二〇年規則第三七号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成二一年規則第四八号)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 改正前の児童福祉法施行細則第十号様式の二から第十号様式の四までの規定による用紙は、当分の間、所要の補正をして使用することができる。

附 則(平成二三年規則第三六号)

この規則は、公布の日から施行する。

附 則(平成二四年規則第〇〇号)

この規則は、公布の日から施行する。

第1号様式 削除

(平10規則30)

第2号様式 削除

(平21規則48)

第3号様式(第4条関係)

(平11規則65・平17規則78・平20規則37・一部改正)

療育給付申請書					
本人	ふりが な 氏名		男・女	生年月日	年 月 日
	居住地				
務者	氏名		本人との続柄		職業
扶養義	居住地				
被保険者証等の 記号及び番号		保険者等の名称			
希望する指定療 育機関の名称及 び所在地					
備考					
上記のとおり療育の給付を受けたいので、児童福祉法施行規則第10条第1項の規定により申請します。					
申請者			住所 氏名 印		
年 月 日 大分県知事 殿			本人との続柄		
申請受付年月日		進達年月日		決定年月日	
経由保健所名					

添付書類

- 1 世帯調書
- 2 生活保護法による被保護世帯にあつては、その旨を証明する書類
- 3 世帯構成員の市町村民税額を証明する書類(被保護世帯の場合を除く。)
- 4 世帯構成員の所得税額を証明する書類(被保護世帯及び市町村民税非課税世帯の場合を除く。)

注 氏名を記載し、押印することに代えて、自署することができる。

第3号様式の2(第4条の2関係)

受付番号

指定障害児通所支援事業
指定申請書
指定障害児入所施設

大分県知事

殿

年 月 日

申請者
(設置者) 所在地
名称
代表者

印

児童福祉法に規定する障害児(通所・入所)支援に係る指定を受けたいので下記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				FAX番号						
	代表者の職・氏名	職名				フリガナ			氏名			
代表者の住所		(郵便番号 —) 県 郡・市										
指定を受けようとする事業等の種類	フリガナ											
	名称											
	施設又は事業所の所在地		(郵便番号 —) 県 郡・市									
	事業等の種別				指定申請する事業等の支援開始年月日				付表番号			
	同一施設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」「有限会社」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 「事業所番号」欄には、申請を行う都道府県等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、その全てを記載してください。

付表1 児童発達支援事業所（福祉型児童発達支援センターであるものに限る。）の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別 ()		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	住所							
	当該事業所以外の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)	事業所等の名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
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							
併設する施設の名称及び概要	名称								
	概要								
児童発達支援管理責任者	フリガナ	(郵便番号 -)							
	氏名	住所							
従業者の職種・員数		嘱託医		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		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員		言語聴覚士	
		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		看護師							
		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		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場		医務室 相談室 調理室 便所		静養室 聴力検査室	
		指導訓練室	nf(児童1人当たり)	nf(児童1人当たり)以上					(設置部分を○でかこむ)
	遊戯室	nf(児童1人当たり)	nf(児童1人当たり)以上						
主な揭示事項									
営業日									
営業時間									
サービス提供時間(送迎時間を除く) ① : ~ : ② : ~ :									
利用定員									
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			
協力医療機関		その他							
		名称		主な診療科名					
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無							
多機能型実施の有無		有 ・ 無							
添付書類		定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図(各室の用途を明示すること。)、設備・備品等一覧表、管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴書、運営規程、障害児等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)、障害児通所給付費の請求に関する事項、児童福祉法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面、役員名簿(氏名、生年月日及び住所を記載すること。)、協力医療機関との契約内容がわかるもの、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							

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2 児童発達支援事業所（福祉型児童発達支援センターであるものを除く。）の指定に係る記載事項

主として通わせる児童の障害の種別
()

受付番号

事業所	フリガナ								
	名 称								
	所在地	(郵便番号 -) 県 郡・市							
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号				
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名			住所					
当該事業所他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
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					
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)			
	氏名				住所				
従業者の職種・員数		指導員		保育士		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員	
		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)									
		児童指導員		嘱託医		看護師			
		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		指導訓練室		有		無			
主な掲示事項									
営業日									
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く) (① : ~ : ② : ~ :)							
利用定員		人							
利用料									
その他の費用									
実施サービス		送迎サービス		有		無			
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			
多機能型実施の有無		有		無					
一体的に管理運営される他の事業所									
添付書類		定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図(各室の用途を明示すること。)、設備・備品等一覧表、管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴書、運営規程、障害児等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)、障害児通所給付費の請求に関する事項、児童福祉法第21条の5の1第2項各号に該当しないことを誓約する書面、役員名簿(氏名、生年月日及び住所を記載すること。)、協力医療機関との契約内容がわかるもの、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							

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、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 医療型児童発達支援事業所の指定に係る記載事項

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	連絡先	電話番号			FAX番号				
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名			住所					
当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称							
		兼務する職種及び勤務時間等							
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					
併設する施設の名称及び概要		名称							
		概要							
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)				
	氏名			住所					
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)									
		児童発達支援管理責任者		機能訓練担当職員					
		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)									
設備上の配慮点									
設置部分等(設置部分を○でかこむ)		指導訓練室 屋外訓練場 相談室 調理室 浴室及び便所の手すり等身体の機能の不自由を助ける設備 *医療法に規定する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									
営業日									
営業時間		サービス提供時間(送迎時間を除く)							
利用定員		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							
地域の障害児への援助の実施状況		有 ・ 無							
多機能型実施の有無		有 ・ 無							
添付書類		定款及び登記簿謄本又は条例等、医療法7条の許可を受けた診療所であることを証する書類、事業所平面図(各室の用途を明示すること。)、設備・備品等一覧表、管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴書、運営規程、障害児等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)、障害児通所給付費及び肢体不自由児通所医療費の請求に関する事項、児童福祉法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面、役員名簿(氏名、生年月日及び住所を記載すること。)、協力医療機関との契約内容がわかるもの、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							

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5 保育所等訪問支援事業所の指定に係る記載事項

受付番号

事業所	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			住所	(郵便番号 -)		
	氏名			住所			
	当該事業所の他の職務又は同一敷地内の他の事業所又は施設の従業者との兼務(兼務の場合記入)		事業所等の名称				
			兼務する職種及び勤務時間等				
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			
児童発達支援管理責任者	フリガナ				住所	(郵便番号 -)	
	氏名				住所		
従業者の職種・員数		訪問支援員		児童発達支援管理責任者			
		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		専用の区画		有 ・ 無			
主な揭示事項							
営業日							
営業時間							
サービス提供時間							
利用料							
その他の費用							
通常の事業の実施地域							
第三者評価の実施状況			している ・ していない				
その他参考となる事項			苦情解決の措置概要		窓口(連絡先)	担当者	
			その他				
多機能型実施の有無		有 ・ 無					
添付書類		定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図(各室の用途を明示すること。)、設備・備品等一覧表、管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴書、運営規程、障害児等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)、障害児通所給付費の請求に関する事項、児童福祉法第21条の5の15第2項各号に該当しないことを誓約する書面、役員名簿(氏名、生年月日及び住所を記載すること。)、協力医療機関との契約内容がわかるもの、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					

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。
- 「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、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。
- 「通常の事業の実施地域」欄には、市町村名を記載することとし、当該区域の全部又は一部の別を記載してください。なお、一部の地域が実施地域である場合は適宜地図を添付してください。

付表6 (その1)

障害児通所支援事業所に係る多機能型による
事業を実施する場合の記載事項(総括表)



※多機能型事業実施時は各付表とこの表を併せて提出してください。

受付番号

事業所	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
(注) 多機能型による他の事業所については、下欄に記載すること。						
事業所 2	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
事業所 3	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
事業所 4	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
事業所 5	フリガナ 名 称					
	所在地	(郵便番号 -)				
	連絡先	電話番号		FAX番号		
管理者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)	
	氏 名					
	当該事業所で兼務する他の職種 (兼務の場合のみ記入)					
	他の事業所又は施設の従業者との兼務 (兼務の場合のみ記入)	事業所等の名称 兼務する職種 及び勤務時間等				
主たる対象とする障害の種類	無し	難聴	重症心身障害	その他		
	実施事業		児童発達支援 サービス単位 有 無	医療型児童発達支援	放課後等デイ サービス単位 有 無	保育所等訪問 支援
主たる事業所						
従たる事業所						
定員 (人)	合計	児童発達支援	医療型児童発達支援	放課後等デイ	保育所等訪問支援	
合計						
主たる事業所						
従たる事業所						



付表6 (その2)

受付番号

従業者の職種・員数														
			児童発達支援 管理責任者		医師 (嘱託医含む)		児童指導員		保育士		指導員		看護師	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
主たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
従たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	備考													
	基準上の必要人数(人)													
			理学療法士又は 作業療法士		言語聴覚士		機能訓練担当 職員		訪問支援員		栄養士		調理員	
			専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務	専従	※兼務
合計	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)													
	基準上の必要人数(人)													
主たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)													
	基準上の必要人数(人)													
従たる事業所	従業者数	常勤(人)												
		非常勤(人)												
	常勤換算後の人数(人)													
	基準上の必要人数(人)													

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。
- 児童発達支援又は放課後等デイサービスに単位を導入する場合には、適宜欄を設けて記載するか又は別葉に

付表7 障害児入所支援（福祉型障害児入所施設）の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障害の種別
()

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 -)				
	氏名									
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				
併設する施設の名称及び概要	名称									
	概要									
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所		(郵便番号 -)				
	氏名									
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		児童発達支援管理責任者		心理指導担当職員	
			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)									
		職業指導員								
		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 (設置部分を○でかこむ)		居室 調理室 浴室 便所 医務室 静養室 職業指導に必要な設備 遊戯室 訓練室 音楽に関する設備 身体の機能の不自由を助ける設備 映像に関する設備 屋外訓練場								
設備基準上の数値記載項目等				基準上の必要値						
居室	1室の最大定員			人以下						
	入所児1人当たりの最小床面積			㎡						
主な掲示事項										
入所定員		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				
協力歯科医療機関		名称								
添付書類		定款及び登記簿謄本又は条例等、建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示すること。)、設備・備品等一覧表、管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴書、運営規程、障害児等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)、障害児入所給付費の請求に関する事項、児童福祉法第24条の9第2項において準用する児童福祉法第21条の5の1第2項各号(同項第7号を除く。)に該当しないことを誓約する書面、役員名簿(氏名、生年月日及び住所を記載すること。)、協力医療機関との契約内容がわかるもの、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								

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8 障害児入所支援（医療型障害児入所施設）の指定に係る記載事項

主として入所させる児童の障害の種別
()

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					
	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
管理者	氏名			住所						
	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					
併設する施設の名称及び概要	名称									
	概要									
児童発達支援管理責任者	フリガナ			住所	(郵便番号 -)					
	氏名			住所						
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)									
			心理指導担当職員		理学療法士又は作業療法士		児童発達支援管理責任者		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)										
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 (該当部分を○でかこむ)		訓練室 浴室 静養室 屋外訓練場 ギブス室 特殊工芸の作業を指導するのに必要な設備 義肢装具を製作する設備 身体の機能の不自由を助ける設備 *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								
主な掲示事項										
入所定員		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								
協力歯科医療機関		名称								
添付書類		定款及び登記簿謄本又は条例等、医療法7条の許可を受けた病院であることを証する書類、建物の構造概要及び平面図(各室の用途を明示すること。)、設備・備品等一覧表、管理者及び児童発達支援管理責任者の経歴書、運営規程、障害児等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)、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の請求に関する事項、児童福祉法第24条の9第2項において準用する児童福祉法第21条の5の15第2項各号(同項第7号を除く。)に該当しないことを誓約する書面、役員名簿(氏名、生年月日及び住所を記載すること。)、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								

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。

第3号様式の3(第4条の2関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

大分県知事 殿

住 所
 事 業 者 (所在地)
 氏 名 印
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を受けた内容を変更しましたので届け出ます。

		事業所番号	
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	事業所(施設)の名称	(変更前)	
2	事業所(施設)の所在地(設置の場所)		
3	申請者(設置者)の名称		
4	主たる事務所の所在地		
5	代表者の氏名、生年月日、住所及び職名		
6	定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)		
7	医療法第7条の許可を受けた病院又は診療所であること		
8	事業所(施設)の平面図及び設備の概要		(変更後)
9	事業所(施設)の管理者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
10	事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名、生年月日、住所及び経歴		
11	主たる対象者		
12	運営規程		
13	障害児(通所・入所)給付費及び障害児入所医療費の請求に関する事項		
14	役員の氏名、生年月日及び住所		
15	協力医療機関の名称及び診療科名並びに当該協力医療機関との契約内容		
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。

第3号様式の4(第4条の2関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

大分県知事

殿

事業者 住所
(所在地)
氏名 印
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定通所支援の事業を廃止(休止・再開)しますので届け出ます。

	事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	名称	
	所在地	
廃止・休止・再開年月日	年 月 日	
廃止・休止の理由		
現に指定通所支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止の場合のみ)		
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

備考

- 1 支援の再開に係る届出にあつては、当該施設に係る職員の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 再開の場合は、休止した事業を再開したときから10日以内に届け出てください。
- 3 休止又は廃止の場合は、指定通所支援事業を廃止または休止しようとする日の1月前までに届け出てください。

第4号様式(第5条関係)

(平13規則41・全改、平17規則78・平18規則45・平20規則37・一部改正)

助産施設入所申込書

年 月 日

保健所地域福祉室長 殿

妊産婦 住所
氏名

助産施設への入所につき次のとおり申込みます。

入所を希望する助産施設名		第一希望
		第二希望
出産予定日	年 月 日	
助産の実施を希望する理由		

○妊産婦の家庭の状況

区分	ふりがな 氏名	妊産 婦と の続 柄	生年月日	性別	職業	課税の有無		備考
						本年度分市 町村民税	前年 分所得税	
妊産 婦の 世帯 員		本人				有・無	有・ 無	
				男・女		有・無	有・ 無	
				男・女		有・無	有・ 無	
				男・女		有・無	有・ 無	
				男・女		有・無	有・ 無	
				男・女		有・無	有・ 無	
生活保護の状況		適用なし 適用あり(年 月 日保護開始)						
社会保険の 加入状況	加入の有無	有・無		保険の種類		出産育児一 時金等の額		
	被保険者の記号		番号		被保険者名			

備考

1 この入所申込書は、妊産婦が次の点に注意し記入の上、保健所地域福祉室に提出してください。

2 入所申込書に徴収額決定のために必要な事項に関する書類(課税証明書等)を添付してください。

3 「助産の実施を希望する理由」の欄は、保健上入院助産を受けることが必要であることについて、その具体的な状況(例えば、住宅が狭隘である等)を記入してください。

4 「妊産婦の世帯員」の欄は、妊産婦本人及び妊産婦の配偶者、同居している親族等の全員について記入するとともに、「性別」及び「課税の有無」の欄は、該当するものを○で囲んでください。

5 「社会保険の加入状況」の「加入の有無」欄は、該当するものを○で囲んでください。

6 「備考」の欄については、健康状況等入院助産の実施につき参考となるべき事項を記入してください。

第4号様式の2(第5条の2関係)

(平13規則41・追加、平17規則78・平18規則45・平20規則37・一部改正)

母子生活支援施設入所申込書

年 月 日

保健所地域福祉室長 殿

保護者 住所

氏名

母子生活支援施設への入所につき次のとおり申し込みます。

入所を希望する母子生活支援施設名	第一希望
	第二希望
母子保護の実施を希望する理由	
母子保護の実施を希望する期間	年 月 日から 年 月 日まで

○入所を希望する世帯の状況

区分	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	性別	職業又は就 学の状況等	備考
世帯員		本人				
				男・女		
				男・女		
				男・女		
				男・女		

				男・女		
生活保護の状況	適用なし	適用あり(年	月	日	保護開始)

備考

1 この入所申込書は、保護者が次の点に注意し記入の上、保健所地域福祉室に提出してください。

2 入所申込書に徴収額決定のために必要な事項に関する書類(課税証明書等)を添付してください。

3 「母子保護の実施を希望する理由」の欄には、その具体的な状況を記入してください。

4 「母子保護の実施を希望する期間」の欄には、母子保護の実施を希望する理由に該当すると見込まれる期間の範囲内で記入してください。

なお、母子保護の実施期間の希望に添えない場合がありますから、あらかじめご承知ください。

5 「世帯員」の欄は、入所を希望する保護者及びその監護する児童の全員について記入するとともに、「性別」の欄は、該当するものを○で囲んでください。

6 「備考」の欄については、健康状況等母子保護の実施につき参考となるべき事項を記入してください。

第4号様式の3(第5条、第5条の2関係)

(平13規則41・追加、平17規則78・平18規則45・平20規則37・一部改正)

		助産施設 母子生活支援施設	入所承諾書
殿		文書番号 年 月 日 保健所地域福祉室長 印	
申込みのありまし た	助産施設 母子生活支援施設	への入所について次のとおり承諾します。	
入所する者の氏名			
入所する助産施設／母子生活支援施設の名 称及び所在地			
出産予定日／母子保護の実施期間		年 月 日から 年 月 日まで	

備考 1 あなたから徴収する負担金については、別途通知します。

2 助産施設入所申込書又は母子生活支援施設入所申込書の記載事項に変更が生

じた場合には、速やかにその旨を届け出てください。

3 助産施設又は母子生活支援施設への入所が適当と認められなくなった場合には、助産の実施又は母子保護の実施を解除します。

第4号様式の4(第5条、第5条の2関係)

(平13規則41・追加、平17規則78・平18規則45・平20規則37・一部改正)

		助産施設 母子生活支援施設	入所不承諾通知書
殿		文書番号 年 月 日 保健所地域福祉室長 印	
申込みのありました	助産施設 母子生活支援施設	への入所については、次の理由により入所でき	
ませんので通知します。 (理由) なお、本決定について不服があるときは、この決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に、行政不服審査法(昭和37年法律第160号)第6条の規定による異議申立て又は大分県知事に対する同法第5条第1項の規定による審査請求をすることができます。			

第4号様式の5(第5条、第5条の2関係)

(平13規則41・追加、平17規則78・平18規則45・平20規則37・一部改正)

		助産実施 母子保護実施	解除通知書
殿		文書番号 年 月 日 保健所地域福祉室長 印	
次の者についての	助産の実施 母子保護の実施	を解除しましたので、通知します。	
入所する者の氏名			
入所する助産施設／母子生活支援施設の名称及び所在地			
助産の実施／母子保護の実施の解除の年月		年 月 日	

日	
助産の実施／母子保護の実施の解除の理由	

備考 本決定について不服があるときは、この決定があつたことを知つた日の翌日から起算して60日以内に、行政不服審査法(昭和37年法律第160号)第6条の規定による異議申立て又は大分県知事に対する同法第5条第1項の規定による審査請求をすることができます。

第4号様式の6(第5条の3関係)

障害児入所給付費
支給申請書
特定入所障害児食費等給付費

大分県知事 殿

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					
	居住地	〒			電話番号	
支給申請に係る児童氏名	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*		

*「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び番号」欄は医療型障害児入所施設・指定医療機関を希望する場合記入すること。

サービスの利用状況	障害福祉サービス	利用中のサービスの種類と内容等
	障害児通所支援	利用中のサービスの種類と内容等
申請するサービスの種類等	申請する支援の種類・申請に係る具体的内容	
	種類	<input type="checkbox"/> 障害児入所支援
		<input type="checkbox"/> 指定医療機関
障害児入所給付費	具体的内容	

減免の種類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定（下記IIの軽減措置適用前） 下記の区分に該当します。 （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 医療型個別減免に関する認定 医療型障害児入所施設入所者（注1）であるため、医療型個別減免に該当します。
	<input type="checkbox"/> III 特定入所障害児食費等給付費に関する認定（医療型施設は除く） 障害児入所施設入所者（注2）であるため、特定入所障害児食費等給付費を申請します。
	<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）に該当します。 ＊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。

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1） 対象施設は、障害児入所給付費及び障害児入所医療費の対象となる入所施設

（注2） 対象施設は、障害児入所給付費の対象となる入所施設

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）		
フリガナ		申請者 との関係	
氏名			
住所	〒 電話番号		

第4号様式の7 (第5条の3関係)

申請内容変更届出書

大分県知事 殿

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
申請者			
居住地	〒		
	電話番号		
フリガナ		続柄	
給付決定に係る 児童氏名		生年 月日	年 月 日

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		本人と の関係	
氏名			
住所	〒		
	電話番号		

変更事項 (該当に○を して下さい。)	入所給付決定保護 者に関する事 利用者である児童 に関する事	①氏名 ②居住地 ③連絡先
	その他	④氏名 ⑤居住地 ⑥連絡先 ⑦保護者との関係
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4号様式の8(第5条の3関係)

高額障害児入所給付費支給申請書

大分県知事 殿

次のとおり関係書類を添えて高額障害児入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 (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	〒 電話番号		
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	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) 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。

高額障害児入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	〒 電話番号		

第4号様式の9(第5条の4関係)

(一)	(二)	(三)																																																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">入所受給者証</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 15%;">受給者証番号</td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">入所給付決定保護者</td> <td>居住地</td> </tr> <tr> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> </tr> <tr> <td rowspan="2" style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">児童</td> <td>フリガナ</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>交付年月日</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">支給都道府県又は市の名称及び印</td> </tr> </tbody> </table>	入所受給者証		受給者証番号		入所給付決定保護者	居住地	フリガナ	氏名	生年月日	児童	フリガナ	氏名		生年月日		交付年月日	支給都道府県又は市の名称及び印		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="2" style="text-align: center;">入所給付決定の内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 15%;">入所支援の種類及び内容</td> <td></td> </tr> <tr> <td>給付決定期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">特定入所障害児食費等給付費の支給内容</td> </tr> <tr> <td>支給額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">利用者負担に関する事項</td> </tr> <tr> <td>負担上限月額</td> <td></td> </tr> <tr> <td>適用期間</td> <td>年 月 日から 年 月 日まで</td> </tr> <tr> <td colspan="2">特記事項</td> </tr> </tbody> </table>	入所給付決定の内容		入所支援の種類及び内容		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	特定入所障害児食費等給付費の支給内容		支給額		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	利用者負担に関する事項		負担上限月額		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	特記事項		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="3" style="text-align: center;">指定障害児入所施設等の記入欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="width: 20%;">指定障害児入所施設等の名称</td> <td style="width: 20%;">入所日・退所日</td> <td style="width: 20%;">施設確認印</td> </tr> <tr> <td></td> <td>入所日 年 月 日</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>入所日 年 月 日</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>入所日 年 月 日</td> <td rowspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>退所日 年 月 日</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">(予備欄)</td> </tr> </tbody> </table>	指定障害児入所施設等の記入欄			指定障害児入所施設等の名称	入所日・退所日	施設確認印		入所日 年 月 日			退所日 年 月 日		入所日 年 月 日			退所日 年 月 日		入所日 年 月 日			退所日 年 月 日	(予備欄)		
入所受給者証																																																																
受給者証番号																																																																
入所給付決定保護者	居住地																																																															
	フリガナ																																																															
	氏名																																																															
	生年月日																																																															
児童	フリガナ																																																															
	氏名																																																															
	生年月日																																																															
	交付年月日																																																															
支給都道府県又は市の名称及び印																																																																
入所給付決定の内容																																																																
入所支援の種類及び内容																																																																
給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																															
特定入所障害児食費等給付費の支給内容																																																																
支給額																																																																
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																															
利用者負担に関する事項																																																																
負担上限月額																																																																
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで																																																															
特記事項																																																																
指定障害児入所施設等の記入欄																																																																
指定障害児入所施設等の名称	入所日・退所日	施設確認印																																																														
	入所日 年 月 日																																																															
	退所日 年 月 日																																																															
	入所日 年 月 日																																																															
	退所日 年 月 日																																																															
	入所日 年 月 日																																																															
	退所日 年 月 日																																																															
(予備欄)																																																																

(四)	(五)				
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">注意事項欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 指定入所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。</p> <p>3 医療型障害児入所施設に入所するときは、この証に医療保険の被保険者証及び障害児入所医療受給者証を添えて、指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>4 指定入所支援を受けるときに支払う金額は、当該入所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額(当該政令で定める額が指定障害児入所支援に通常要する費用(入所特定費用を除く)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、この証の二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す。)</p> <p>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欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。</p> <p>5 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、毎年入所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都道府県等に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは、障害児入所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都道府県等にこの証を添えて、障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。</p> <p>7 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、都道府県等にその旨を届け出てください。</p> </td> </tr> </tbody> </table>	注意事項欄	<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 指定入所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。</p> <p>3 医療型障害児入所施設に入所するときは、この証に医療保険の被保険者証及び障害児入所医療受給者証を添えて、指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>4 指定入所支援を受けるときに支払う金額は、当該入所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額(当該政令で定める額が指定障害児入所支援に通常要する費用(入所特定費用を除く)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、この証の二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す。)</p> <p>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欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。</p> <p>5 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、毎年入所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都道府県等に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは、障害児入所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都道府県等にこの証を添えて、障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。</p> <p>7 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、都道府県等にその旨を届け出てください。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">注意事項欄</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> <p>8 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。</p> <p>居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した都道府県等にご連絡、ご相談ください。</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、この証を交付した都道府県等に届け出てください。</p> <p>9 この証を破損したり、汚したり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、速やかに都道府県等に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を都道府県等に返してください。</p> <p>11 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。</p> </td> </tr> </tbody> </table>	注意事項欄	<p>8 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。</p> <p>居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した都道府県等にご連絡、ご相談ください。</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、この証を交付した都道府県等に届け出てください。</p> <p>9 この証を破損したり、汚したり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、速やかに都道府県等に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を都道府県等に返してください。</p> <p>11 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。</p>
注意事項欄					
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 指定入所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。</p> <p>3 医療型障害児入所施設に入所するときは、この証に医療保険の被保険者証及び障害児入所医療受給者証を添えて、指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>4 指定入所支援を受けるときに支払う金額は、当該入所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額(当該政令で定める額が指定障害児入所支援に通常要する費用(入所特定費用を除く)の総額の1割相当を超えるときは1割相当の額)です。ただし、この証の二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す。)</p> <p>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欄に記載する額を一日当たりの上限として支給します。</p> <p>5 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、毎年入所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都道府県等に提出してください。</p> <p>6 給付決定期間を経過したときは、障害児入所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都道府県等にこの証を添えて、障害児入所給付費の支給の再申請をしてください。</p> <p>7 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、都道府県等にその旨を届け出てください。</p>					
注意事項欄					
<p>8 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。</p> <p>居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した都道府県等にご連絡、ご相談ください。</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、この証を交付した都道府県等に届け出てください。</p> <p>9 この証を破損したり、汚したり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、速やかに都道府県等に返してください。</p> <p>10 受給者の資格がなくなつたときは、直ちにこの証を都道府県等に返してください。</p> <p>11 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。</p>					

第5号様式(第6条関係)

(平11規則65・一部改正)

入所児童異動届出書					第 号
					年 月 日
殿					
届出者			住所		
					氏名 印
児童福祉法施行規則第27条の規定により、下記のとおり届け出ます。					
記					
	児童番号		児童の氏名及び生年月日	年 月 日生	
	入所年月日	年 月 日			
	措置をした相談所名又は私的契約の別		保護者の住所及び氏名		
	死亡、停止、解除、変更の別				
	上記に至った原因又は上記の措置を適切と認める理由				

注 氏名を記載し、押印することに代えて、自署することができる。

第6号様式及び第7号様式 削除

(平18規則45)

第8号様式(第8条関係)

(平19規則26・一部改正)

(表)

身分証明書			第 号
写真 ちよう付	所 属 職・氏名		

			上記の者は、児童福祉法第29条の規定による
			児童委員 児童福祉司 児童の福祉に関する 事務に従事する職員
		印	で
			あることを証明する。
年 月 日			
		大分県知事	印

(裏)

<p>児童福祉法(抜粋)</p> <p>第28条 保護者が、その児童を虐待し、著しくその監護を怠り、その他保護者に監護させることが著しく当該児童の福祉を害する場合において、第27条第1項第3号の措置を採ることが児童の親権を行う者又は未成年後見人の意に反するときは、都道府県は、次の各号の措置を採ることができる。</p> <p>(1) 保護者が親権を行う者又は未成年後見人であるときは、家庭裁判所の承認を得て、第27条第1項第3号の措置を採ること。</p> <p>(2) 保護者が親権を行う者又は未成年後見人でないときは、その児童を親権を行う者又は未成年後見人に引き渡すこと。ただし、その児童を親権を行う者又は未成年後見人に引き渡すことが児童の福祉のため不適當であると認めるときは、家庭裁判所の承認を得て、第27条第1項第3号の措置を採ること。</p> <p>2 前項第1号及び第2号ただし書の規定による措置の期間は、当該措置を開始した日から2年を超えてはならない。ただし、当該措置に係る保護者に対する指導措置(第27条第1項第2号の措置をいう。以下この条において同じ。)の効果等に照らし、当該措置を継続しなければ保護者がその児童を虐待し、著しくその監護を怠り、その他著しく当該児童の福祉を害するおそれがあると認めるときは、都道府県は、家庭裁判所の承認を得て、当該期間を更新することができる。</p> <p>3 第1項及び前項の承認は、家事審判法の適用に関しては、これを同法第9条第1項甲類に掲げる事項とみなす。</p> <p>第29条 都道府県知事は、前条の規定による措置をとるため、必要があると認めるときは、児童委員又は児童の福祉に関する事務に従事する職員をして、児童の住所若しくは居所又は児童の従業する場所に立ち入り、必要な調査又は質問をさせることができる。この場合においては、その身分を証明する証票を携帯させなければならない。</p>
--

第9号様式(第9条関係)

(平11規則65・一部改正)

児童を同居させた者の届出書

年 月 日

大分県知事 殿

届出者 氏名

児童福祉法施行規則第34条の2の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

者 氏 の 名	男・女		年齢	歳	職業	
	郡 町	番地	家業があればその具体的内容			
構 住 所	市 村					
児 童 居 を し 同 居 い る 親 族	父()歳	男の子(歳、 歳、 歳)				
	配偶者()歳					
同 居 い る 親 族	母()歳	女の子(歳、 歳、 歳)				
	その他の者					
い る	上記以外の同居人(児童を除く。)のその家庭における地位、年齢及び性別					
同 居 名	男・女	年齢	歳	同居させている者との間柄		
	都・道・府・県					
し 本 籍 地						
	郡 町	番地	方			
前 住 所	市 村					
の 構 居 の 目 的	1 教育 2 雇用		同居の理由			
学 校 関						

係 親 権 者 又 は 後 見 人	氏名		男・女	年齢	歳	職業	
	親 権 者 又 は 後 見 人	児童との間柄		住所	郡 町 市 村	番地	
同居開始年月日	年 月 日	児童を同居させるに至った動機					
同居の予定期間	1有 年月日 2無 まで	衣食費負担	1 親等が全部負担する。 2 親等と児童を同居させている者がそれぞれ一部ずつ負担する。 3 児童を同居させている者が全部負担する。 4 児童が全部負担する。				
児童の受託	1 氏名		男・女	年齢	歳	職業	
	2 無						住所 郡 町 市 村 番地

の 際 の 仲 介 人 の 有 無													
仲 介 人 と 児 童 と の 関 係													
同 居 児 童 を 働 か せ て い れ ば そ の 関 係	1 場所 2 仕事の内容 3 賃金												
そ													

の 他 の 参 考 事 項	
<p>注 1 「家業があればその具体的内容」欄には、例えば、自動車修理、機械部分品作り、衣料品販売等のようになるべく具体的に記入すること。</p> <p>2 「上記以外の同居人(児童を除く。)のその家庭における地位、年齢及び性別」欄には、例えば、作業員、16歳、男というように記入すること。</p> <p>3 「同居の目的」、「衣食費負担」欄には、該当するところを○で囲むこと。</p> <p>4 「同居の予定期間」、「児童受託の際の仲介人の有無」欄には、有無のいずれかを○で囲み、有の場合は該当事項を記入すること。</p>	

第10号様式(第9条関係)

(平11規則65・一部改正)

児童と同居をやめた者の届出書

年 月 日

大分県知事 殿

届出者 氏名

児童福祉法施行規則第34条の3の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

同居させていた者	氏名		住所	郡 町 市 村	番地	
同居していた児童	氏名		年齢	歳	性別	男・女
児童同居届出書提出年	年 月 日					

月日	
同居をやめた年月日	年 月 日
同居をやめた理由	

第10号様式の2(第9条の2関係)
(平21規則48・全改)

児童自立生活援助事業所入居申込書

年 月 日

大分県知事 殿

申込者 住所
氏名 印

児童自立生活援助事業所への入居について、下記のとおり申し込みます。

記

入居を希望する施設名	
入居を希望する理由	

○入居を希望する者の状況

氏名	性別	生年月日	職業	備考

添付書類

徴収額決定のために必要な事項に関する書類(課税証明書等)

注 備考の欄には、健康状況等事業の実施について参考となる事項を記入してください。

第10号様式の2の2(第9条の2の2関係)

障害児通所支援事業等開始届出書

年 月 日

大分県知事 殿

届出者(所在地)
(法人)氏名
(名称)

印

障害児通所支援事業
次のとおり
障害児相談支援事業
を開始しますので、届け出ます。

1	事業の種類		
2	事業の内容		
3	経営者の氏名(名称)		
4	経営者の住所(所在地)		
5	事業開始に係る条例 定款その他の基本約款		別添のとおり
6	運営規程		別添のとおり
7	職員の定数及び職務の内容		
	職 種	職 務 の 内 容	定数(人)
8	主な職員の氏名及び経歴		
	職 種	氏 名	経 歴
9	事業を行おうとする区域(市町村の委託を受けて事業を行おうとする者にあつては、当該市町村の名称を含む。)		
10	児童発達支援センターにおいて障害児通所支援事業を行う場合、当該事業の用に供する施設の名称、種類、所在地及び利用定員		
	名称		
	種類		
	所在地		
	利用定員		
11	事業開始予定年月日		
12	収支予算書及び事業計画書 別添のとおり (インターネットで閲覧が可能な場合 ホームページアドレス:)		

第10号様式の2の3(第9条の2の2関係)

障害児通所支援事業等変更届出書

年 月 日

大分県知事 殿

届出者(法人) 住所(所在地)氏名(名称) 印

次のとおり、届け出た内容を変更したので、届け出ます。

変更があつた事項	変更の内容
1 事業の種類	(変更前)
2 事業の内容	
3 経営者の氏名(名称)	
4 経営者の住所(所在地)	
5 事業に係る条例、定款その他の基本約款	
6 職員の定数及び職務の内容	(変更後)
7 主な職員の氏名及び経歴	
8 事業を行おうとする区域	
9 児童発達支援センターにおいて障害児通所支援事業を行う場合、当該事業の用に供する施設の名称、所在地及び利用定員	
10 事業開始の予定年月日	
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1月以内に届け出てください。

第10号様式の2の4（第9条の2の2関係）

障害児通所支援事業等
 廃止
 届出書
 休止

年 月 日

大分県知事 殿

届出者 (所在地)
 (法人) 氏名
 (名称) 印

次のとおり 障害児通所支援事業 廃止
 を します。 障害児相談支援事業 休止

廃止・休止年月日	年 月 日
廃止・休止の理由	
現に便宜を受け又は通所している者に対する措置	
休止予定期間	休 止 日 ～ 年 月 日

備考

「廃止・休止」のうち該当するものに○を付してください。

第10号様式の3(第9条の3関係)
(平21規則48・追加)

児童自立生活援助事業等開始届出書

年 月 日

大分県知事 殿

住所

氏名

印

法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに
代表者の氏名

児童自立生活援助事業
小規模住居型児童養育事業

を開始したいので、児童福祉法第34条の3第1項の規定に
よ

り下記のとおり届け出ます。

記

開始しようとする事業	種類		
	提供しようとする便宜等の内容		
経営者 (法人)	氏名(名称)		
	住所(事業所の所在地)		
職員の種類	職務の内容	職員の定数	
			人
			人
			人
	合計		人
主な職員の氏名			
児童自立支援援助事業等の用に供する施設	名称		
	種類		
	所在地		
事業の開始予定年月日	年 月 日		

添付書類

- 1 運営規定
- 2 主な職員の氏名及び経歴を記した書類

3 収支予算書及び事業計画書

注 氏名(法人にあつては、代表者の氏名)を記載し、押印することに代えて自署することができる。

第10号様式の4(第9条の3関係)

(平4規則30・追加、平7規則64・平11規則65・平18規則45・平18規則85・一部改正、平21規則48・旧第10号様式の3繰下・一部改正)

児童自立生活援助事業等変更届出書

年 月 日

大分県知事 殿

住所

氏名

法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに
代表者の氏名

児童自立生活援助事業 の届出事項について、変更したので、児童福祉法第34条
小規模住居型児童養育事業

の3第2項の規定により下記のとおり届け出ます。

記

変更事項		
変更内容	変更前	
	変更後	
変更年月日	年 月 日	
変更理由		

第10号様式の5(第9条の3関係)

(平4規則30・追加、平11規則65・平18規則45・平18規則85・一部改正、平21規則48・旧第10号様式の4繰下・一部改正)

児童自立生活援助事業等 廃止 届出書
休止

年 月 日

大分県知事 殿

住所
氏名

法人にあつては、主たる事務所の所在地及び名称並びに
代表者の氏名

児童自立生活援助事 業 小規模住居型児童養 育事業	を	廃止 休止	したいので、児童福祉法第 34条の3第3項の規定に
------------------------------------	---	----------	------------------------------

より下記のとおり届け出ます。

記

廃止・休止予定年月日	年 月 日
廃止・休止の理由	
現に便宜を受け、又は入所している者に対する措置	
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日

第10号様式の6(第9条の4関係)

(平21規則48・追加)

一時預かり事業開始届出書

年 月 日