

福岡県公報

平成二十四年四月十七日
第三千三百八十七号
増刊
①

目次

告 示 (第七百三十八号)

○共済事業を行う消費生活協同組合の経営の健全性を判断するための基準に関する規程 (生活安全課) …………… 一

再 掲

○福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則 (障害者福祉課) …………… 一

正 誤

○目次(平成二十四年三月二十八日福岡県公報第三千三百八十一号増刊①) 中正誤 …………… 三五

○公布された条例のあらまし(平成二十四年三月二十八日福岡県公報第三千三百八十一号増刊①) 中正誤 …………… 三五

○目次(平成二十四年三月二十八日福岡県公報第三千三百八十一号増刊②) 中正誤 …………… 三五

○福岡県介護サービス事業者の指定等に関する規則の一部を改正する規則(平成二十四年福岡県規則第十一号) 中正誤 …………… 三五

告 示

福岡県告示第七百三十八号

共済事業を行う消費生活協同組合の経営の健全性を判断するための基準に関する規程を次のように定める。

平成二十四年四月十七日

福岡県知事 小川 洋

共済事業を行う消費生活協同組合の経営の健全性を判断するための基準に

関する規程

消費生活協同組合法(昭和二十三年法律第二百号)第五十条の五に規定する共済事業を行う消費生活協同組合の経営の健全性を判断するための基準は、消費生活協同組合法施行規則(昭和二十三年大蔵省令、法務庁令、厚生省令、農林省令第一号)及び消費生活協同組合法施行規程(平成二十年厚生労働省告示第百三十九号)の規定の例による。

附 則

この告示は、公布の日から施行する。

再 掲

福岡県公告式条例(昭和二十五年福岡県条例第四十六号)第三条において準用する同条例第二条第二項ただし書の規定により掲示したものを、ここに再掲する。

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する規則を制定し、ここに公布する。
平成二十四年三月三十日

福岡県知事 小川 洋

福岡県規則第二十六号

福岡県児童福祉法施行細則の一部を改正する細則

福岡県児童福祉法施行細則(昭和二十八年福岡県規則第五十九号)の一部を次のように改正する。

第十八条の三の見出し中「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に改め、

同条第一項中「第二十五条の十九」を「第二十五条の十九第一項」に、「(障害児施設給付費 特定入所障害児食費等給付費) 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」を「(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書」に、「(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・免除等変更申請書」を「(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書」に改め、同条第二項中「障害児施設給

付費等」を「障害児入所給付費等」に、「支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」を「(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」に、「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」を「(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 支給変更決定通知書兼

利用者負担額減額・免除等決定通知書」に、「支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等

決定通知書」を「(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」に、「支給変更決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書」を「(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 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」に改め、同条第三項中「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に、「障害児施設受給者証」を「入所受給者証」に改め、同条第四項中「指定知的障害児施設等」を「指定障害児入所施設等」に、「障害児施設給付費等」を「障害児入所給付費等」に、「障害児施設受給者証」を「入所受給者証」に、「障害児施設医療受給者証」を「障害児入所医療受給者証」に改め、同条第五項中「障害児施設給付費等支給決定」を「障害児入所給付費等支給決定」に改め、同条第六項中「施設給付決定」を「入所給付決定」に、「障害児施設受給者証又は障害児施設医療受給者証」を「入所受給者証又は障害児入所医療受給者証」に改め、同条第七項中「障害児施設受給者証又は障害児施設医療受給者証」を「入所受給者証又は障害児入所医療受給者証」に改める。

第十八条の四の見出し中「高額障害児施設給付費」を「高額障害児入所給付費」に改め、同条第一項中「高額障害児施設給付費」を「高額障害児入所給付費」に、「高額障害児施設給付費支給申請書」を「高額障害児入所給付費支給申請書」に改め、同条第二項中「高額障害児施設給付費支給（不支給）決定通知書」を「高額障害児入所給付費支給（不支給）決定通知書」に改める。

第十八条の五の見出しを「指定障害児入所施設等の指定等」に改め、同条第一項中「第二十四条の九第一項」を「第二十一条の五の十五第一項、法第二十一条の五の十六第一項、法第二十四条の九第一項又は法第二十四条の十第一項」に、「障害児施設支援指定申請書」を「障害児（通所・入所）支援指定（更新）申請書」に改め、同条第二項中「（様式第十五号の十八）」の下に「又は廃止・休止・再開届出書（様式第十五号の十八の二）」を加える。

第二十八条の六第一項中「第三十三の二第二項」を「第三十三の二の二第二項」に改める。

第二十八条の七中「第三十三の二第四項」を「第三十三の二の二第四項」に改める。
第二十八条の十第一項中「第三十四条の三第一項」を「第三十四条の四第一項」に、同条第二項中「第三十四条の三第二項」を「第三十四条の四第二項」に、同条第三項中「第三十四条の三第三項」を「第三十四条の四第三項」に改める。

第三十七条第一号中「（法第二十一条の十一第二項）」を「（法第十九条第三項）」に、同条第十号及び第十一号中「（法第三十四条の七）」を「（法第三十四条の八）」に

に、同条第十二号及び第十三号中「（法第三十四条の八）」を「（法第三十四条の九）」に、同条第十四号中「（法第三十四条の十一第一項）」を「（法第三十四条の十二第一項）」に、同条第十五号中「（法第三十四条の十一第二項）」を「（法第三十四条の十二第二項）」に、同条第十六号中「（法第三十四条の十一第三項）」を「（法第三十四条の十二第三項）」に、同条第十七号中「（法第三十四条の十四第一項）」を「（法第三十四条の十五第一項）」に、同条第十八号中「（法第三十四条の十四第二項）」を「（法第三十四条の十五第二項）」に、同条第十九号中「（法第三十四条の十四第三項）」を「（法第三十四条の十五第三項）」に改める。

様式第十五号の五から様式第十五号の十一までを次のように改める。

様式第 15 号の 5 (第 18 条の 3 関係)

(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

児童相談所長 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			年 月 日
	居住地	〒		
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
具体的内容		

(裏面)

申請 す る 減 免 の 種 類	<input type="checkbox"/> I 負担上限月額に関する認定（下記Ⅱの軽減措置適用前） 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 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、医療型個別減免を申請します。
	<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）を申請します。 *福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

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	
氏名		との関係	
住所	〒 電話番号		

付表

世帯状況・収入・資産等申告書

児童相談所長 殿

申告年月日 年 月 日

申告者（保護者）住所
（保護者）氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名	生 年 月 日	本人との関係
申 請 者			
世 帯 主			
世 帯 員			

2 申請者の収入の状況について

〔 個別減免・補足給付を申請しない場合…①、②、③のみ記入
" 申請する場合…全て記入 〕

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円 ①
--------	-----

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）（②）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当）（③）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収 入 そ の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

(裏面に続く)

(裏面)

申請書提出者	□申請者(保護者) □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	

(記入上の注意)

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 3 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

様式第15号の6（第18条の3関係）

(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 支給変更申請書兼

利用者負担額減額・免除等変更申請書

児童相談所長 殿

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	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ			生年月日	年 月 日
	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	
変更理由					

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

変更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。）
	<input type="checkbox"/> II 生活保護への移行予防措置（定率負担減免措置、特例補足給付）に関する認定 生活保護への移行予防措置（ <input type="checkbox"/> 定率負担減免措置 <input type="checkbox"/> 特例補足給付）（の変更）を申請します。 * 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

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

付表

世帯状況・収入・資産等申告書

児童相談所長 殿

申告年月日 年 月 日

申告者（保護者）住所

（保護者）氏名

次のとおり申告します。

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

	氏 名	生 年 月 日	本人との関係
申 請 者			
世 帯 主			
世 帯 員			

2 申請者の収入の状況について

〔 個別減免・補足給付を申請しない場合…①、②、③のみ記入
 " 申請する場合…全て記入 〕

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円	①
--------	---	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼 得 等 収 入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）（②）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当）（③）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
収 入 そ の 他	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

（裏面に続く）

(裏面)

申請書提出者	□申請者(保護者) □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	

(記入上の注意)

- 1 収入のうち証明書等があるものは、この申請書に必ず添付してください。
- 2 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 3 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

様式第 15 号の 7 (第 18 条の 3 関係)

(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 支給決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒 - 市 (町・村) 様

児童相談所長



年 月 日に申請のありました(障害児入所給付費 障害児入所医療費)の支給(及び)
(利用者負担額減額・免除等)について、(児童福祉法第 24 条の 2 (及び) 児童福祉法第 24 条の 3) (児童福
祉法第 24 条の 7) の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

受 給 者 証 番 号		給付決定保護者 氏 名	
支 給 決 定 日		支給決定に係る 障 害 児 氏 名	
負 担 上 限 月 額 (障 害 児 入 所 給 付 費)	円	適 用 期 間	
特 定 入 所 障 害 児 食 費 等 給 付 費	日額 円		

サ ー ビ ス の 種 類	支援の内容	有 効 期 間

負 担 上 限 月 額 (障 害 児 入 所 医 療 費)	円	適 用 期 間	
食 費 上 限 月 額	円		
公費負担者 番 号		公費受給者番号	

備考 本決定について不服があるときは、この決定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、
福岡県知事に審査請求をすることができます。また、この決定があったことを知った日の翌日から起算し
て 6 か月以内に福岡県を被告として(代表者は福岡県知事となります。)この決定の取消しの訴えを提起
することもできます。

なお、決定の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったこ
とを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に提起することができます。

問合せ先

児童相談所

住所

電話番号

様式第 15 号の 8 (第 18 条の 3 関係)

(障害児入所給付費 障害児入所医療費) 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

文 書 番 号
年 月 日

〒 ー
市 (町村) 様

児童相談所長

印

下記のとおり決定し、通知します。

記

受給者証番号		
給付決定保護者氏名		支給決定に係る障害児氏名	
変更年月日			
変更後のサービスの種類・内容			
変更後の負担上限月額 (障害児入所給付費)			円
変更後の特定入所障害児食費等給付費		日額	円
変更の理由			
負担上限月額 (障害児施設医療費)			円
公費負担者番号	公費受給者番号

受給者証を 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 児童相談所 住所 電話番号
提出期限 年 月 日

備考 本決定について不服があるときは、この決定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、福岡県知事に審査請求をすることができます。また、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に福岡県を被告として (代表者は福岡県知事となります。) この決定の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、決定の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に提起することができます。

問合せ先
児童相談所 住所 電話番号

様式第 15 号の 9（第 18 条の 3 関係）

却下決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒 -
市（町・村）

様

児童相談所長

印

年 月 日に申請された（障害児入所給付費 障害児入所医療費）の支給（及び）（利用者負担額減額・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

備考 本決定について不服があるときは、この決定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、福岡県知事に審査請求をすることができます。また、この決定があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に福岡県を被告として（代表者は福岡県知事となります。）この決定の取消しの訴えを提起することもできます。

なお、決定の取消しの訴えは、審査請求を行った後においては、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して 6 か月以内に提起することができます。

問合せ先

児童相談所

住所

電話番号

様式第15号の10（第18条の3関係）

(一)		(二)		(三)		
入所受給者証		入所給付決定の内容		指定障害児入所施設等の記入欄		
受給者証番号		入所支援の種類 及び内容		指定障害児入所 施設等の名称	入所日・退所日	施設確認印
入所給付決定保護者	居住地	給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		入所日 年 月 日	
	フリガナ	特定入所障害児食費等給付費の支給内容			退所日 年 月 日	
	氏名	支給額			入所日 年 月 日	
生年月日	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			
障害児	フリガナ			負担上限月額		
	氏名			適用期間	年 月 日から 年 月 日まで	
生年月日	交付年月日	特記事項				
支給都道府県 又は市の名称 及び印						
(予備欄)						
※・利用者負担額は、毎年7月に見直します。 ・世帯状況等に変更があった場合は、この証を添えて児童相談所にその旨を届け出てください。						

様式第15号の10(裏面) (第18条の3関係)

(四)

注意事項欄

- 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。
- 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。
- 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。
- 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。)

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。
- 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。
- 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。

(五)

注意事項欄

- 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。
- 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。

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。

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。
- 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。

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。
- 10 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を都道府県等に返してください。
- 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。

様式第15号の11 (第18条の3関係)

障害児入所医療受給者証										
公費負担者番号										
公費受給者番号										
入所給付決定保護者	フリガナ									
	居住地									
	フリガナ								生年月日	
氏名	氏名								年 月 日	
	フリガナ								生年月日	
障害児	氏名								年 月 日	
	被保険者証の記号及び番号						保険者名及び番号			
負担上限月額	障害児入所医療 (食事療養を除く)	月額		円						
	食事療養	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									
支給都道府県 又は市の名称 及び印										
備考 1 利用者負担額は毎年7月に見直します。 2 世帯状況等に変更があった場合は、この証を添えて児童相談所にその旨を届け出てください。										

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ってください。</p> <p>2 医療型障害児入所施設に入所するときは、必ずこの証に医療保険の被保険者証を添えて、指定障害児入所施設等に提示してください。</p> <p>3 障害児入所医療の負担上限月額はこの証の負担上限月額欄に記載された金額が一月当たりの上限になります。(※医療型個別減免等の認定を受けた場合には減免後の額が表示されています。)</p> <p>4 障害児入所医療の負担上限月額は毎年入所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都道府県知事等に提出してください。</p> <p>5 給付決定期間を経過したときは、障害児入所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>6 この証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> <p>7 給付決定期間内に、居住地を他の都道府県等の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した都道府県等にご連絡、ご相談ください。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、この証を交付した都道府県等に届け出てください。</p> <p>8 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。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>9 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を都道府県等に返してください。</p> <p>10 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。</p>

様式第十五号の十五から様式第十五号の十八までを次のように改める。

様式第 15 号の 15 (第 18 条の 4 関係)

高額障害児入所給付費支給申請書

福岡県知事 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										
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	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

様式第 15 号の 16 (第 18 条の 4 関係)

高額障害児入所給付費支給 (不支給) 決定通知書

文 書 番 号
年 月 日

〒 - 市 (町・村)	様
----------------	---

福岡県知事 印

年 月 日に申請のありました高額障害児入所給付費の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

給付決定保護者氏名		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	年 月分
支給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
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											

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 60 日以内に福岡県知事に対し異議申立てをすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の異議申立てに対する決定書を受け取った日の翌日から起算して 6 か月以内に福岡県を被告として (代表者は福岡県知事となります。)、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の異議申立てに対する決定を経た後 (次の (1) から (3) までのいずれかに該当するときは除く。) でなければ提起することができません。
 - 異議申立てがあった日から 3 か月を経過しても決定がないとき。
 - 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。
 - その他決定を経ないことにつき正当な理由があるとき。

問合せ先

福岡県障害者福祉課 福岡県福岡市博多区東公園 7 番 7 号 電話番号

様式第15号の17(第18条の5関係)

受付番号

障害児(通所・入所)支援指定(更新)申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

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(更新)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	
指定を受けようとする事業等の種類	代表者の住所	(郵便番号 —) 県 郡・市		
	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	様 式	
	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)

- 「受付番号」欄には記載しないでください。
- 「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。
- 「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ください。
- 「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					
	フリガナ			(郵便番号 -)					
管理者	氏名	住所							
	事業所等の名称								
	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)		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								
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)									
		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)									
		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		指導訓練室		基準上の必要値		指導訓練室 遊戯室 屋外遊戯場			
		m(児童1人当たり)		m(児童1人当たり)以上		医務室 相談室 調理室 便所			
		m(児童1人当たり)		m(児童1人当たり)以上		静養室 聴力検査室			
						(設置部分を○でかこむ)			
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									
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			
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		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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)、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) 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 障害児通所給付費の請求に関する事項							

(備考)

- 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2 児童発達支援事業所(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類別 ()		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	(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	(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		専従		専従		専従	
	兼務		兼務		兼務		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		専従		専従	
			兼務		兼務		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				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						別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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)、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)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 障害児通所給付費の請求に関する事項		

(備考)

- 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 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表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								
	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								
従業者の職種・員数		医師		看護師		児童指導員		保育士	
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		栄養士		調理員		理学療法士又は作業療法士			
		専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務		
従業者数	常勤(人)								
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
従業者数		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)							
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		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、医療法第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、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)、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)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 障害児通所給付費の請求に関する事項							

(備考)

- 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				
管理者	連絡先	電話番号			FAX番号	
	フリガナ			(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					
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		
主な掲示事項						
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						
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				
多機能型実施の有無		有 ・ 無				
添付書類		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、事業所平面図、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)、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)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 障害児通所給付費の請求に関する事項				

(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 「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。
- 4 「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。
- 5 「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

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) その1



※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 1	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
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6-2

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)

- 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 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サービス単位ごとの定員を記載してください。

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						
	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		医師		看護師		児童指導員		保育士	
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		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	
従業者数	常勤(人)	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
		職業指導員							
従業者数	常勤(人)	専従	兼務						
	非常勤(人)								
備考									
基準上の必要人数(人)									
設備上の配慮点									
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			㎡					
主な揭示事項									
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		別添のとおり(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、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)、設備・備品等一覧表、協力医療機関との契約内容がわかるもの) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規他参考になるもの 障害児入所給付費の請求に関する事項							

(備考)

- 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 「主な揭示事項」欄には、その内容を簡潔に記載してください。
- 5 「その他の費用」欄には、入所児又は保護者等に直接金銭の負担を求める場合のサービス内容について記載してください。

付表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				
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)									
		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							
主な揭示事項									
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		別添のとおり(定款及び登記簿謄本又は条例等、医療法第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、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)、設備・備品等一覧表) 契約制度導入に伴い利用者負担の受領等に関する保護者向け資料、内規等参考になるもの 障害児施設給付費の請求に関する事項							

(備考)

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

様式第15号の18(第18条の5関係)

変 更 届 出 書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
 事 業 者 (所在地)
 (施設の設置者)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。

指定内容を変更した施設	事業所番号	
	名 称	
	所 在 地	
	支 援 の 種 類	
変更があった事項		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	代表者の氏名及び住所	
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)の管理者の氏名及び住所	
10	事業所(施設)の児童発達支援管理責任者の氏名及び住所	
11	主たる対象者	
12	運営規程	
13	障害児(入所・給付)費の請求に関する事項	
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。

様式第十五号の十八の次に次の一様式を加える。

様式第15号の18の2(第18条の5関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所
 事 業 者 (所在地)
 氏 名 印
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり支援の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

	事業所番号	
廃止(休止・再開)する施設	名 称	
	所 在 地	
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日	
廃止・休止した理由		
現に指定(入所・通所)支援を受けていた者に対する措置(廃止・休止した場合のみ)		
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

- (注) 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又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。

様式第十五号の十九を次のように改める。

様式第15号の19(第18条の5関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

福岡県知事 殿

設 置 者 住 所
者 (所在地)
氏 名 印
(名称及び代表者氏名)

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

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

(注)指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。

