

 草津市公報発行日 令和8年7月15日
(毎月1・15日発行)

発行番号 第 13 号

発行所 草 津 市 役 所
草津市草津三丁目13番30号
電話番号(代)077-563-1234

目 次

◎ 規 則

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則（職員課）	2
草津市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則（保険年金課）	2
草津市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則（障害福祉課）	6

◎ 告 示

生活保護法第49条の規定に基づく医療扶助のための医療担当機関の指定について（生活支援課）	15
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律および生活保護法の規定に基づく医療支援給付のための医療担当機関の指定について（生活支援課）	15
生活保護法第49条の規定に基づく医療扶助のための医療担当機関の指定について（生活支援課）	15
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律および生活保護法の規定に基づく医療支援給付のための医療担当機関の指定について（生活支援課）	15
生活保護法第49条の規定に基づく医療扶助のための医療担当機関の指定について（生活支援課）	15
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律および生活保護法の規定に基づく医療支援給付のための医療担当機関の指定について（生活支援課）	16
草津市放課後児童支援員キャリアアップ処遇改善事業補助金交付要綱の一部を改正する要綱（こども若者政策課）	16
生活保護法第49条の規定に基づく医療扶助のための医療担当機関の指定について（生活支援課）	18
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律および生活保護法の規定に基づく医療支援給付のための医療担当機関の指定について（生活支援課）	18
生活保護法第50条の2の規定に基づく医療担当機関の指定廃止の届出について（生活支援課）	18
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律および生活保護法の規定に基づく医療担当機関の指定廃止の届出について（生活支援課）	19
生活保護法第50条の2の規定に基づく医療担当機関の指定廃止の届出について（生活支援課）	19
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律および生活保護法の規定に基づく医療担当機関の指定廃止の届出について（生活支援課）	19
草津市ひとり親家庭養育費確保推進事業補助金交付要綱の一部を改正する要綱（こども家庭若者課）	20
生活保護法第50条の2の規定に基づく医療担当機関の指定廃止の届出について（生活支援課）	24
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律および生活保護法の規定に基づく医療担当機関の指定廃止の届出について（生活支援課）	24
草津市保育所等食材料費価格高騰対策支援補助金交付要綱（幼児施設課）	24
草津市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業運営要綱の一部を改正する要綱（子育て相談センター）	27
草津市医療的ケア児童生徒の通学に係る保護者支援事業実施要綱の一部を改正する要綱（障害福祉課）	28
令和7年度の予算の収入・支出状況、市債の状況および市有財産の状況の公表について（財政課）	31

公示送達について（介護保険課）	33
公示送達について（納税課）	33
令和7年度草津市一般会計予算等の要領について（総務課）	35

◎ 公 告

条件付一般競争入札の施行について（契約検査課）	35
条件付一般競争入札の施行について（契約検査課）	38
条件付一般競争入札の施行について（契約検査課）	40
条件付一般競争入札の施行について（契約検査課）	42
都市計画法に基づく開発行為に関する工事完了公告（開発調整課）	45
都市計画法に基づく開発行為に関する工事完了公告（開発調整課）	45
農用地利用集積等促進計画について（農林水産課）	45

◎ 教育委員会告示

草津市教育委員会定例会の招集について（教育総務課）	46
---------------------------------	----

◎ 選挙管理委員会告示

50分の1、6分の1および3分の1の数について	46
期日前投票所の投票管理者およびその職務を代理すべき者の選任について	46

◎ 監査委員告示

定期監査の結果に関する報告の公表について	46
----------------------------	----

◎ 農業委員会告示

草津市農業委員会総会の招集について	48
-------------------------	----

◎ 上下水道事業告示

草津市指定給水装置工事事業者の指定について（上下水道総務課）	48
草津市指定下水道工事店の指定について（上下水道総務課）	48
草津市指定下水道工事店の営業所在地の異動について（上下水道総務課）	48

規則

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年6月17日

草津市長 橋 川 渉

草津市規則第74号

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則の一部を改正する規則

議会の議員その他非常勤の職員の公務災害補償等に関する条例施行規則（昭和43年草津市規則第1号）の一部を次のように改正する。

（下線部分は改正部分）

改正後	改正前
第1条～第7条の3　《現行どおり》 （葬祭補償の額） 第7条の4　条例第15条に規定する規則で定める金額は、 <u>330,000円</u> に補償基礎額の30倍に相当する額を加えた金額とする。 第8条～第26条　《現行どおり》 別表第1～別表第2　《現行どおり》 別記第1号～別記第20号　《現行どおり》	第1条～第7条の3　《省略》 （葬祭補償の額） 第7条の4　条例第15条に規定する規則で定める金額は、 <u>315,000円</u> に補償基礎額の30倍に相当する額を加えた金額とする。 第8条～第26条　《省略》 別表第1～別表第2　《省略》 別記第1号～別記第20号　《省略》

付 則

この規則は、公布の日から施行する。

（令和8年6月17日揭示済み）

草津市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年7月1日

草津市長 橋 川 渉

草津市規則第75号

草津市国民健康保険条例施行規則の一部を改正する規則

草津市国民健康保険条例施行規則（昭和56年草津市規則第6号）の一部を次の表のように改正する。

（下線部分、太字部分および破線で囲んだ部分は改正部分）

改正後	改正前
第1条～第30条　《略》 付 則 1～6　《略》	第1条～第30条　《略》 付 則 1～6　《略》 （新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等

改正後	改正前
<u>7</u> <略> 別記様式第1号～別記様式第9号 <略> 別記様式第10号（第18条関係） <別添1―1のとおり> 別記様式第11号～別記様式第18条 <略>	に係る傷病手当金の支給申請） <u>7</u> 条例付則第5項の規定による新型コロナウイルス感染症に感染した被保険者等に係る傷病手当金の支給に係る申請書の様式は、国民健康保険傷病手当金支給申請書（様式第19号、様式第20号、様式第21号および様式第22号）のとおりとする。 <u>8</u> <略> 別記様式第1号～別記様式第9号 <略> 別記様式第10号（第18条関係） <別添1―2のとおり> 別記様式第11号～別記様式第18条 <略> <u>別記様式第19号</u> <略> <u>別記様式第20号</u> <略> <u>別記様式第21号</u> <略> <u>別記様式第22号</u> <略>
備考 表中の< >の記載は注記である。	

付 則

（施行期日）

1 この規則は、公布の日から施行する。ただし、別記様式第10号の改正規定は、令和8年7月1日から施行する。

（経過措置）

2 この規則の施行の際現にある改正前の草津市国民健康保険条例施行規則の様式による用紙は、当分の間、所用の調整を加えて、これを使用することができる。

別添1-1

様式第10号(第18条関係)

国民健康保険柔道整復師施術療養費支給申請書 (年 月分)

被保険者 記号番号																																									
施 術 の 内 容 欄	療養を受けた者の氏名		生 年 月 日		負傷の原因																																				
	1男 2女		1明 2大 3昭 4平 5令 年 月 日																																						
	負傷名		負傷年月日		初検年月日		施術開始年月日		施術終了年月日		実日数		継続月数		転 帰																										
	(1)		・		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	(2)		— —		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	(3)		— —		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	(4)		— —		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	(5)		— —		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	経 過																																								
	施術日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																						
初検料		円		初検時相談 支援料		円		往療料 km 回		円		金属副子等 加算		円		施術情報 提供料		円		明細書発行 加算		円		計		円															
加算(休日・深夜・時間外)		円		再検料		円		加算(夜間・難路・暴風 雨雪)		円		柔道整復 運動後療料		円		円																									
整復料・固定料・施療料		(1)		円		(2)		円		(3)		円		(4)		円		(5)		円		計		円																	
部 通減 通減開		後療料		冷電法料		湯電法料		電療料		計		多部位		計		長期		頻回		計		円																			
(1)		100		-----																																					
(2)		80		-----																																					
		100		-----																																					

摘 要																																									
		合 計																																							
		円																																							
金属副子等 加算日		1回目		2回目		3回目		柔道整復運動 後療料加算日		日		日		日		日		日		※																					
		円																																							
申 請 欄	上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。																																								
	年 月 日 年 月 日																																								
支 払 機 関 欄	支払区分		預金の種類		金融機関		フリガナ																																		
	1: 振込 2: 当座 3: 当地払		1: 普通 2: 当座 3: 通知 4: 別段		銀行 金庫 農協		本店 支店 本・支所		口座 名称 口座 番号																																
施 術 証 明 欄	上記のとおり施術し、その費用を領収しました。		年 月 日		所在地		施術所		名 称		電 話		柔 道 整復師		登録番号		フリガナ		氏 名		受取代理人への委任の欄		本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日		申 請 者 (被保険者)		住所		氏 名		代 理 人 住所		氏 名		※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の口座に振込を希望する)場合に記入してください。				
本人確認措置		番号確認・身元(実存)確認		代理権確認		福祉		有・無		領収書返却		有・無		担当				受付日		/																					

別添1－2

様式第10号(第18条関係)

国民健康保険柔道整復師施術療養費支給申請書 (年 月分)

被 保 険 者 記号番号																																									
施 術 の 内 容 欄	療養を受けた者の氏名		生 年 月 日		負傷の原因																																				
	1男 2女		1明 2大 3昭 4平 5令 年 月 日																																						
	負傷名		負傷年月日		初検年月日		施術開始年月日		施術終了年月日		実日数		継続月数		転 帰																										
	(1)		・		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	(2)		— —		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	(3)		— —		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	(4)		— —		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	(5)		— —		— —		— —		— —						治療・中止・転医																										
	経 過																										請求 区分		新規・継続												
	施術日		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31																																						
初検料		円		初検時相談 支援料		円		往療料 km 回		円		金属副子等 加算		円		回数		円		施術情報 提供料		円		明細書発行 体制加算		円		計		円											
加算(休日・深夜・時間外)		円		再検料		円		加算(夜間・難路・暴風 雨雪)		円		柔道整復 運動後療料		円		回数		円																							
整復料・固定料・施療料		(1) 円		(2) 円		(3) 円		(4) 円		(5) 円		計		円																											
部 通減 通減開 後療料		円		回		円		冷電法料		円		湯電法料		円		電療料		円		計		円		多部位		計		円		長期 頻回 計 円											
(1) 100		-----																																							
(2) 100		-----																																							
(3) 60		-----																						0.6																	
(3) 100		-----																						-----																	
(4) 60		-----																						0.6																	
(4) 100		-----																						-----																	
摘 要																										合 計														円	
金属副子等		1回目		2回目		3回目		円		柔道整復運動 後療料加算日		日		日		日		日		日		※								円											
加算日		-----		日		-----		日		-----		日		-----		日		-----		日		-----		日		-----		日		-----											
明細書発行体制加算		加算日		-----		日		-----		日		-----		日		-----		日		-----		日		-----		日		-----		日											
申請欄		上記の療養に要した費用に関して、療養費の支給を申請します。 年 月 日 円 申請者 住所 (被保険者) 氏名 ① 電話																																							
支払機 関欄		支払区分		預金の種類		金融機関		銀行 本店 金庫 支店 農協 本・支所		フリガナ		口座 名称		口座 番号																											
施術証明欄		上記のとおり施術し、その費用を領収しました。 年 月 日		所在地 施術所 名称 電 話		登録番号 フリガナ 氏 名		①		受取代理人への委任の欄		本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 年 月 日		申 請 者 住所 (被保険者) 氏名		①		代 理 人 住所 氏名		①		※給付金に関する受領を親等の代理人に委任する(申請者名義以外の親等の口座に振込を希望する)場合に記入してください。																			
本人確認措置		番号確認・身元(実存)確認・代理権確認		福祉		有・無		領収書返却		有・無		担当				受付日		/																							

(令和8年7月1日揭示済み)

草津市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則をここに公布する。

令和8年7月1日

草津市長 橋 川 渉

草津市規則第76号

草津市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の一部を改正する規則
草津市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成25年草津市規則第40号）の一部を次の表のように改正する。

（下線部分および太字部分は改正部分）

改正後	改正前
第1条～第17条　《略》 別記様式第1号（第2条第1項関係） 《別添1－1のとおり》 別記様式第2号～別記様式第10号　《略》 別記様式第11号（第5条第1項関係） 《別添2－1のとおり》 別記様式第12号～別記様式第37号　《略》	第1条～第17条　《略》 別記様式第1号（第2条第1項関係） 《別添1－2のとおり》 別記様式第2号～別記様式第10号　《略》 別記様式第11号（第5条第1項関係） 《別添2－2のとおり》 別記様式第12号～別記様式第37号　《略》
備考　表中の《　》の記載は注記である。	

- 付　則
（施行期日）
- 1　この規則は、令和8年7月1日から施行する。
- （経過措置）
- 2　この規則の施行の際現にある改正前の草津市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則の様式による用紙は、当分の間、所要の調整を加えて、これを使用することができる。

別添1-1

別記

様式第1号（第2条第1項関係）

（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

草津市福祉事務所長 宛

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 (個人番号)	()		
	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 児童氏名（個人番号）	()	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	疾病名
被保険者の記号および番号(※)		保険者名および番号 (※)		
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

※「被保険者の記号および番号」欄および「保険者名および番号」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	障害支援 区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	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	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援			
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助			
		☐ 同 行 援 護	☐ 就 労 選 択 支 援			
		☐ 行 動 援 護				
		☐ 短 期 入 所				
		☐ 重 度 障 害 者 等 包 括 支 援				
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自立訓練（機能訓練）			
		☐ 生 活 介 護	☐ 自立訓練（生活訓練）			
			☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練			
			☐ 就 労 移 行 支 援			
			☐ 就労移行支援（養成施設）			
☐ 就 労 継 続 支 援 A 型						
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型				
	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 共同生活援助（グループホーム）				
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援					
	☐ 地 域 定 着 支 援					

サービス等利用計画または個別支援計画を作成するためが必要があるときは、障害支援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・意見および医師意見書の全部または一部を、草津市長から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設または指定一般相談支援事業者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	
	所在地	〒 電話番号		

欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつまたは食事等の介護の提供を受けることを希望する場合および日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）または地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請 する 減 免 の 種 類	☐ 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。いずれにもあ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 ※ 療養介護を利用する場合は、①または②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額および障害者基礎年金等の収入の合計額が 82万6,500円 以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者						
	☐ II 医療型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、医療型個別減免を申請します。						
	<table><tr><td>〈20歳以上の方〉</td><td>〈20歳未満の方〉</td></tr><tr><td>1 療養介護利用者であること(年齢 歳)</td><td>1 療養介護利用者であること(年齢 歳)</td></tr><tr><td>2 市町村民税非課税世帯の者</td><td></td></tr></table>	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉	1 療養介護利用者であること(年齢 歳)	1 療養介護利用者であること(年齢 歳)	2 市町村民税非課税世帯の者	
	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉					
	1 療養介護利用者であること(年齢 歳)	1 療養介護利用者であること(年齢 歳)					
	2 市町村民税非課税世帯の者						
☐ III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 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。 (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)							
<table><tr><td>〈20歳以上の方〉</td><td>〈20歳未満の方〉</td></tr><tr><td>1 施設入所者であること(年齢 歳)</td><td>1 施設入所者であること(年齢 歳)</td></tr><tr><td>2 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者</td><td></td></tr></table>	〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉	1 施設入所者であること(年齢 歳)	1 施設入所者であること(年齢 歳)	2 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者		
〈20歳以上の方〉	〈20歳未満の方〉						
1 施設入所者であること(年齢 歳)	1 施設入所者であること(年齢 歳)						
2 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者							
☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。							
☐ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)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。

同意 書	福祉サービスに支給決定、負担金の決定や減免の決定等、申請内容の事実確認の目的で、本人および扶養義務者の年金・課税状況について調査されること。
	☐ 同意する ☐ 同意しない
	申請者 _____ 世帯主 _____

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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		

別添1－2

別記

様式第1号（第2条第1項関係）

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

草津市福祉事務所長 宛

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 (個人番号)	()		年 月 日	
	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 児童氏名(個人番号)	()	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	疾病名
	被保険者の記号および番号(※)		保険者名および番号 (※)		
	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

※「被保険者の記号および番号」欄および「保険者名および番号」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	障害支援 区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	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	☐ 居 宅 介 護	☐ 就 労 定 着 支 援		
		☐ 重 度 訪 問 介 護	☐ 自 立 生 活 援 助		
		☐ 同 行 援 護	☐ 就 労 選 択 支 援		
		☐ 行 動 援 護			
		☐ 短 期 入 所			
		☐ 重 度 障 害 者 等 包 括 支 援			
	日中活動系	☐ 療 養 介 護	☐ 自 立 訓 練 (機 能 訓 練)		
		☐ 生 活 介 護	☐ 自 立 訓 練 (生 活 訓 練)		
			☐ 宿 泊 型 自 立 訓 練		
			☐ 就 労 移 行 支 援		
		☐ 就 労 移 行 支 援 (養 成 施 設)			
		☐ 就 労 継 続 支 援 A 型			
居住系	☐ 施 設 入 所 支 援	☐ 就 労 継 続 支 援 B 型			
地域相談支援	☐ 地 域 移 行 支 援	☐ 共同生活援助(グループホーム)			
	☐ 地 域 定 着 支 援				

サービス等利用計画または個別支援計画を作成するためが必要があるときは、障害支援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・意見および医師意見書の全部または一部を、草津市長から指定特定相談支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、指定障害者支援施設または指定一般相談支援事業者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	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費、訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつまたは食事等の介護の提供を受けることを希望する場合および日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）または地域移行支援（精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している者に限る。）を申請する場合記入すること。

申請 する 減 免 の 種 類	☐ 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。いずれにもあ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 ※ 療養介護を利用する場合は、①または②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額およ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 ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者		
	☐ II 医療型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、医療型個別減免を申請します。		
	<table><tr><td>〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者</td><td>〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳)</td></tr></table>	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳)
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳)	
	☐ III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 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。 (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)		
	<table><tr><td>〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者</td><td>〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳)</td></tr></table>	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳)
〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯又は生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳)		
☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。			
☐ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)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。

同意 書	福祉サービスに支給決定、負担金の決定や減免の決定等、申請内容の事実確認の目的で、本人および扶養義務者の年金・課税状況について調査されること。
	☐ 同意する ☐ 同意しない
	申請者 _____ 世帯主 _____

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 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		

別添2-1

様式第11号（第5条第1項関係）

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

草津市福祉事務所長 宛

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 (個人番号)	()				
	居 住 地	〒				
フリガナ				生年月日	年 月 日	
支給申請に係る児童氏名(個人番号)		()				
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	疾病名	
被保険者の記号および番号(※)				保険者名および番号 (※)		

※「被保険者の記号および番号」欄および「保険者名および番号」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	障害支援 区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	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				

変更の理由

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	☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援	
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	
		☐ 同行援護	☐ 就労選択支援	
		☐ 行動援護		
		☐ 短期入所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	☐ 療養介護	☐ 自立訓練（機能訓練）	
		☐ 生活介護	☐ 自立訓練（生活訓練）	
			☐ 宿泊型自立訓練	
			☐ 就労移行支援	
			☐ 就労移行支援（養成施設）	
			☐ 就労継続支援A型	
		☐ 就労継続支援B型		
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助（グループホーム）		
地域相談支援	☐ 地域移行支援			
	☐ 地域定着支援			

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※)主治医の欄は、介護給付費または訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつまたは食事等の介護の提供を受けることを希望する場合および日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	☐ 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。いずれにもあ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 ※ 療養介護を利用する場合は、①または②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額および障害者基礎年金等の収入の合計額が <u>82万6,500円</u> 以下のもの ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者	
	☐ II 医療型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、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳)
	☐ III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 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。 (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)	
	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳)
	☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
☐ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(□自己負担減免措置 □補足給付の特例措置)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	□申請者本人 □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		

別添2-2

様式第11号（第5条第1項関係）

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)

支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

草津市福祉事務所長 宛

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 (個人番号)	()				
	居 住 地	〒 電話番号				
	フリガナ			生年月日	年 月 日	
支給申請に係る児童氏名(個人番号)	()		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		疾病名
被保険者の記号および番号(※)				保険者名および番号 (※)		

※「被保険者の記号および番号」欄および「保険者名および番号」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	障害支援 区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	有効 期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
	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				

変更の理由

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	☐ 居宅介護	☐ 就労定着支援	
		☐ 重度訪問介護	☐ 自立生活援助	
		☐ 同行援護	☐ 就労選択支援	
		☐ 行動援護		
		☐ 短期入所		
		☐ 重度障害者等包括支援		
	日中活動系	☐ 療養介護	☐ 自立訓練（機能訓練）	
		☐ 生活介護	☐ 自立訓練（生活訓練）	
			☐ 宿泊型自立訓練	
			☐ 就労移行支援	
			☐ 就労移行支援（養成施設）	
			☐ 就労継続支援A型	
		☐ 就労継続支援B型		
居住系	☐ 施設入所支援	☐ 共同生活援助（グループホーム）		
地域相談支援	☐ 地域移行支援			
	☐ 地域定着支援			

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

(※) 主治医の欄は、介護給付費または訓練等給付費（共同生活援助に係るものであって入浴、排せつまたは食事等の介護の提供を受けることを希望する場合および日中サービス支援型指定共同生活援助事業所の利用を希望する場合に限る。）を申請する場合記入すること。

申請する減免の種類	☐ 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。いずれにもあ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 ※ 療養介護を利用する場合は、①または②のあてはまる方にも○をつける。 ① 利用者本人の合計所得金額およ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 ② ①以外のもの 3 市町村民税課税世帯(障害者:所得割16万円未満、障害児:所得割28万円未満)に属する者	
	☐ II 医療型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、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること(年齢 歳)
	☐ III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 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。 (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)	
	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳) 2 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯の者	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者であること(年齢 歳)
	☐ IV グループホーム入居者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税非課税世帯または生活保護受給世帯にあてはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
☐ V 生活保護への移行予防措置(自己負担減免措置、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(☐ 自己負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)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	☐ 申請者本人 ☐ 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		

(令和8年7月1日揭示済み)