

砂川市規則第 35 号  
令和 3 年 7 月 13 日

砂川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。

砂川市長 善 岡 雅 文

( 別 紙 )

## 砂川市児童福祉法施行細則の一部を改正する規則

砂川市児童福祉法施行細則（平成18年規則第32号）の一部を次のように改正する。

別記第1号様式の3（第1条の3関係）から別記第1号様式の6（第1条関係）まで、別記第1号様式の9（第1条の4関係）、別記第1号様式の10（第1条の4関係）、別記第1号様式の13（第1条の7関係）、別記第1号様式の15（第1条の8関係）から別記第1号様式の17（第1条の9関係）まで、別記第1号様式の19（第1条の10関係）、別記第1号様式の22（第1条の11関係）及び別記第1号様式の24（第1条の14関係）から別記第7号様式（第6条関係）までを次のように改める。

### 附 則

この規則は、公布の日から施行し、令和3年5月6日から適用する。

障害児支援利用計画案提出依頼書

第 年 月 号  
日

様

砂川市福祉事務所長

印

児童福祉法（第21条の5の7第4項・第21条の5の8第3項）の規定に基づく支給要否決定を行うため、障害児支援利用計画案の提出を求めます。

なお、提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

○障害児相談支援給付費支給申請書（別記第1号様式の20）

※ 既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、障害児相談支援給付費の支給の期間内であるときは、提出不要。

○障害児相談支援依頼（変更）届出書（別記第1号様式の21）

※ 既に障害児相談支援給付費の支給を受けている場合であって、障害児相談支援を担当する事業者変更がない場合は、提出不要。

提出先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住 所 砂川市西7条北2丁目1番1号

電話番号 0125-74-8103

提出期限 年 月 日

別記第1号様式の4（第1条の3関係）

障害児通所給付費・肢体不自由児通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

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長



年 月 日に申請のありました障害児通所給付費・肢体不自由児通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21条の5の3及び第21条の5の7、児童福祉法第21条の5の29の規定に基づき下記のとおり決定したので、受給者証を交付し通知します。

記

受給者証番号		通所給付決定保護者氏名	
給付決定年月日		給付決定に係る児童氏名	
負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間	
給付決定内容	通所支援の種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	特記事項		

肢体不自由児通所医療	公費負担者番号		公費受給者番号	
	肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）の負担上限月額	月額	円	
	上限額の適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		

教示

- 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3月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費支給申請却下通知書  
兼利用者負担額減額・免除等申請却下通知書

第 年 月 日  
号

様

砂川市福祉事務所長

㊟

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費・肢体不自由児通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

教示

- 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3月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

別記第1号様式の6（第1条の3関係）  
（その1）

(一)			(二)			(三)		
通所受給者証			障害児通所給付費の給付決定内容			障害児通所給付費の給付決定内容		
受給者証番号			支援の種類			支援の種類		
通所給付決定保護者	居住地		支給量等			支給量等		
	ふりがな		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	氏名		支援の種類			支援の種類		
	生年月日	年 月 日	支給量等			支給量等		
児童	ふりがな		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで		給付決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	
	氏名		予備欄			予備欄		
生年月日	年 月 日							
交付年月日	年 月 日							
支給市町村名及び印								

(その2)

(四)		(五)		(六)			
障害児相談支援給付費の支給内容		利用者負担に関する事項		番号	障害児通所支援事業者記入欄		
支給期間	年 月 から 年 月 まで	負担上限 月 額	円	1	事業者及びその 事業所の名称		
指定相談支援事業所名		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		支援の内容		
モニタリング期間		食事提供体制加算対象者			契約支給量		
		適用期間	年 月 日から 年 月 日まで		契 約 日	年 月 日	
予備欄		利用者負担上限額管理対象者該当の有無		当該契約支給量による 支援提供終了日	年 月 日		
		利用者負担上限額管理事業所名		支援提供終了月中の 終了日までの既提供量			
		特記事項欄		予備欄		事業者及びその 事業所の名称	
						支援の内容	
予備欄		予備欄		2	契約支給量		
					契 約 日	年 月 日	
					当該契約支給量による 支援提供終了日	年 月 日	
					支援提供終了月中の 終了日までの既提供量		
予備欄		予備欄		3	事業者及びその 事業所の名称		
					支援の内容		
					契約支給量		
					契 約 日	年 月 日	
予備欄		予備欄		当該契約支給量による 支援提供終了日	年 月 日		
				支援提供終了月中の 終了日までの既提供量			

(その3)

(七)

番号	障害児通所支援事業者記入欄	
4	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
5	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	
6	事業者及びその事業所の名称	
	支援の内容	
	契約支給量	
	契約日	年 月 日
	当該契約支給量による支援提供終了日	年 月 日
	支援提供終了月中の終了日までの既提供量	

(八)

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 指定通所支援又は基準該当通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障害児通所支援事業者等又は基準該当事業所に提示してください。</p> <p>3 医療型児童発達支援を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び肢体不自由児通所医療受給者証を添えて、指定医療型児童発達支援事業所に提示してください。</p> <p>4 指定通所支援等を受けるときに支払う金額は、当該通所給付決定保護者の家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額(当該政令で定める額が、指定通所支援等に要した費用(食費、光熱水費等を除く。)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、五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。)。なお、基準該当通所支援を受ける場合等は市町村の窓口にお問い合わせください。</p> <p>5 負担上限月額については、毎年通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市町村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通所給付費等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、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p>

(九)

注意事項欄
<p>7 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害児通所支援を受ける必要がある場合は、市町村に支給申請をしてください。</p> <p>8 この証の一、五面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>9 給付決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。 また、給付決定期間内に、他の市町村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、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。</p> <p>10 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、速やかに市町村に返してください。</p> <p>11 受給者の資格がなくなったときは、直ちにこの証を市町村に返してください。</p> <p>12 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> <p>13 給付決定の内容欄に記載されていない障害児通所支援については、障害児通所給付費等の支給は受けられません。</p>

障害児通所給付費・肢体不自由児通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

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長



年 月 日に申請のありました障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費の支給変更決定及び利用者負担額減額・免除等の変更決定について、児童福祉法第21条の5の3及び第21条の5の8の規定に基づき下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

受給者証番	支給決定障害者(保護者)氏名
変更年月日	支給決定に係る障害児氏名
変更の内容	変更前
	変更後

変更内容を記載しますので、受給者証を提出してください。

提出先

提出期限 年 月 日

教示

- 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3月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費支給申請却下通知書  
兼利用者負担額減額・免除等変更申請却下通知書

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長

㊟

年 月 日に申請のありました障害児通所給付費・肢体不自由児通所医療費の支給決定の変更及び利用者負担額減額・免除等の変更については、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

教示

- 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3月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

通所給付決定（支給）取消通知書

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長



児童福祉法第21条の5の9第1項の規定による通所給付決定

下記のとおり

肢体不自由児通所医療費の支給

の取り消しをしましたので通知します。

記

受給者証番 号		給付決定 保護者氏名	
支給決定取消日		給付決定に係る 児童氏名	
取消理由			

次のとおり受給者証を返還（提出）してください。

返還（提出）先

返還（提出）期限 年 月 日

教示

- 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3月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べるすることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

特例障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長



年 月 日に申請のありました特例障害児通所給付費の支給について、児童福祉法第21条の5の4の規定に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者証番号		申請者氏名	
--------	--	-------	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
特例障害児通所給付費申請額	円		
支給決定の内容			
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支給金額	円
不支給・減額の理由			

教示

- 1 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3月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べるすることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - （1） 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - （2） 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - （3） その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

別記第1号様式の16（第1条の9関係）

障害児通所給付費等利用者負担額減額・免除（額の特例の適用）申請書

砂川市福祉事務所長 様

年 月 日

下記のとおり、関係書類を添えて利用者負担額に係る減額・免除（額の特例の適用）を申請します。

記

ふりがな				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			
ふりがな			生年 月日	年 月 日		続柄	
給付決定に係る 児童氏名							
申請の理由							

障害児通所給付費等利用者負担額減額・免除（額の特例の適用）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長



年 月 日に申請のありました障害児通所給付費等利用者負担額減額・免除（額の特例の適用）  
について下記のとおり決定しましたので通知します。

記

受給者証 番号																					申請者氏名		
決定年月日																						給付決定に係る 児童氏名	
決定の内容																							

教示

- 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3月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するものを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉課社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

高額障害児通所給付費支給（不支給）決定通知書

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長

㊟

年 月 日に申請のありました高額障害児通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												
給付決定に係る児童氏名														

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係るサービス利用月	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											

教示

- 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3月以内に、北海道知事に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、北海道知事に申し立てれば、出頭により意見を述べることができます。
- また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - 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。
  - その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

障害児相談支援給付費支給（不支給）決定通知書

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長



年 月 日に申請のありました障害児相談支援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

通所受給者証番号											
申請者氏名					申請に係る 児童氏名						
支給の可否	可 ・ 否										
支給する	支給期間	年 月 ~ 年 月									
	モニタリング 期間										
支給しない	支給しない 理由										

教示

- 1 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3月以内に、砂川市長に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、砂川市長に申し立てれば、出頭により意見を述べることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - （1） 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - （2） 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - （3） その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103

障害児相談支援給付費支給取消通知書

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長



障害児相談支援給付費の支給について、下記のとおり取り消しましたので通知します。

記

通所受給者証番号											
支給取消しに係る保護者氏名					支給取消しに係る児童氏名						
支給取消日	年 月 日										
取消しの理由											
通所受給者証の提出先及び提出期限	提出先： 提出期限： 年 月										

教示

- 1 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3月以内に、砂川市長に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、砂川市長に申し立てれば、出頭により意見を述べることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - （1） 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - （2） 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - （3） その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
 電話番号 0125-74-8103

障害児通所支援・障害福祉サービス措置決定通知書

第 号  
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長

㊞

児童福祉法第21条の6の規定に基づき障害児通所支援・障害福祉サービスを提供することとしましたので通知します。

提供決定児童	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地			
児童の保護者氏名				
提供期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
障害児通所支援・障害福祉サービスの種類				
障害児通所支援・障害福祉サービスの内容				

特記費用	
------	--

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話 0125-74-8103

障害児通所支援・障害福祉サービス措置委託通知書

第 号  
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長

印

児童福祉法第21条の6の規定に基づき下記の者に対して障害児通所支援・障害福祉サービスを提供することとしましたので通知します。

記

提供決定児童	氏名	生年月日	年 月 日
	居住地		
児童の保護者氏名			
提供期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
障害児通所支援・障害福祉サービスの種類			
障害児通所支援・障害福祉サービスの内容			

委託費用	
請求方法	
支払方法	
その他	

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話 0125-74-8103

障害児通所支援・障害福祉サービス措置変更（解除）決定通知書

第 号  
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長

印

児童福祉法第21条の6の規定に基づく障害児通所支援・障害福祉サービスの提供（の委託）の措置を下記のとおり変更（解除）することとしましたので通知します。

記

被措置者 （児童）	氏名	生年月日	年 月 日
	居住地		
児童の保護者氏名			
障害児通所支援・障害福祉サービスの種類及び内容			
変更・解除の別	変 更 ・ 解 除		
措置の開始日	年 月 日		
措置の変更・解除日	年 月 日		
変更の内容			
備 考			

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話 0125-74-8103

障害児通所支援・障害福祉サービス措置変更（解除）通知書

第 号  
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長

印

児童福祉法第21条の6の規定に基づく下記の者に対する障害児通所支援・障害福祉サービスの提供の委託の措置を下記のとおり変更（解除）することとしましたので通知します。

記

被措置者 (児童)	氏名	生年月日	年 月 日
	居住地		
児童の保護者氏名			
障害児通所支援・障害福祉サービスの種類及び内容			
変更・解除の別	変 更 ・ 解 除		
措置の開始日	年 月 日		
措置の変更・解除日	年 月 日		
変更の内容			
備 考			

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話 0125-74-8103

第 年 月 日 号

様

砂川市福祉事務所長



費用徴収月額決定通知書

児童福祉法第56条第2項の規定に基づく措置保護の実施に要する費用について、あなたから徴収する額を次のとおり決定したので通知します。

記

入 所 者	(ふりがな) 氏 名	生年月日	年 月 日
	施設種別 施設名称		
	区 分		
納入義務者		続柄	
費用徴収月額	階 層		
	年 月分	限り	円
	年 月	から	円
理 由			

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話 0125-74-8103

費用徴収額変更申請書

年 月 日

砂川市福祉事務所長 様

住所

氏名

児童福祉法第56条第2項の規定により徴収される費用の額について、次の理由により変更を受けたいので、申請します。

記

理 由

費用徴収額・変更通知書

第 年 月 日  
号

様

砂川市福祉事務所長

印

児童福祉法第21条の6に規定する措置に要する費用について、同法第56条第2項に基づき徴収する費用の額を次のとおり変更しましたので通知します。

記

- 1 氏 名
- 2 変更年月日
- 3 変更の内容

教示

- 1 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3月以内に、砂川市長に対して審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、砂川市長に申し立てれば、出頭により意見を述べることができます。
- 2 また、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6月以内に砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前記の審査請求に対する裁決を経た後（次の（1）から（3）までのいずれかに該当するときを除く。）でなければ提起することができないこととされています。
  - （1） 審査請求があった日の翌日から起算して3月を経過しても裁決がないとき。
  - （2） 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
  - （3） その他裁決を経ないことにつき正当な理由があるとき。

なお、裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えをすることができなくなります。

問合せ先 砂川市保健福祉部社会福祉課 住所 砂川市西7条北2丁目1番1号  
電話番号 0125-74-8103