

○加須市在宅重度心身障害者手当支給条例施行規則

平成 22 年 3 月 23 日

規則第 108 号

(趣旨)

第 1 条 この規則は、加須市在宅重度心身障害者手当支給条例（平成 22 年加須市条例第 144 号。以下「条例」という。）第 11 条の規定に基づき、条例の施行に関し必要な事項を定めるものとする。

(申請)

第 2 条 条例第 3 条第 1 項の規定により受給資格の認定を受けようとする者は、在宅重度心身障害者手当支給申請書（様式第 1 号）を市長に提出しなければならない。

(認定及び通知)

第 3 条 条例第 3 条第 2 項の規定により市長が行う受給資格認定の通知は、在宅重度心身障害者手当支給決定通知書（様式第 2 号）によるものとする。

2 市長は、手当の受給資格があると認定した者（以下「受給者」という。）については、在宅重度心身障害者手当受給者台帳（様式第 3 号）に登載するものとする。

(資格喪失の届出)

第 4 条 条例第 4 条第 2 項による受給資格喪失の届出は、在宅重度心身障害者手当受給資格喪失届（様式第 4 号）による。

(変更の届出)

第 5 条 条例第 5 条の規定による変更の届出は、在宅重度心身障害者手当受給変更届（様式第 5 号）による。

(支給時期等)

第 6 条 在宅重度心身障害者手当（以下「手当」という。）は、毎年度 9 月及び 3 月の 2 期に分けてその月分までをまとめて支給する。

(所得の審査)

第 7 条 市長は、条例第 8 条第 1 項の規定により、受給者の同意を得て、受給

者の前年の所得（１月から６月までに新たに条例第３条第１項の規定により受給資格の認定を申請する者については、前々年の所得）を課税資料の閲覧等により審査し、当該受給者が条例第８条第１項の規定による支給制限の対象となったときは、その年の８月分から翌年の７月分までの手当の支給を停止する。

- 2 市長は、前項の規定により、所得を審査した結果を、在宅重度心身障害者手当所得審査結果通知書（様式第６号）により通知するものとする。ただし、手当の支給が継続して支給されるときは、この限りでない。

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、平成２２年３月２３日から施行する。

（経過措置）

- 2 この規則の施行の日の前日までに、合併前の加須市在宅重度心身障害者手当支給条例施行規則（昭和６１年加須市規則第７号）、騎西町重度心身障害者手当支給条例施行規則（昭和５５年騎西町規則第５号）、北川辺町在宅重度心身障害者手当支給条例施行規則（昭和５４年北川辺町規則第６２号）又は大利根町在宅重度心身障害者手当支給に関する規則（昭和５４年大利根町規則第８号）の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの規則の相当規定によりなされたものとみなす。

様式第1号(第2条関係)

在宅重度心身障害者手当支給申請書					
				年 月 日	
加須市長 様					
住 所					
氏 名 ㊟					
電話番号					
次のとおり加須市在宅重度心身障害者手当支給条例による手当の支給を受けたいので申請します。					
対 象 者	住 所	加須市			
	氏 名			生年月日	年 月 日
	障 害 の 状 況	身体障害者手帳	1級・2級	再 認 定	年 月
		療 育 手 帳	マルA・A	再 判 定	年 月
		精神保健福祉手帳	1級	有効期限	年 月 日
超重症心身障害児		合計スコア	点		
保 護 者	氏 名				
	生年月日	年 月 日	対象者との続柄		
口 座 振 替	振 込 先 金融機関名	銀行・信用金庫・組合 支店			
	ふりがな 口座名義人				
	口 座 番 号				普通・当座

様式第2号(第3条関係)

在宅重度心身障害者手当支給決定通知書

年 月 日

様

加須市長 印

年 月 日付で申請のあった在宅重度心身障害者手当の支給について、次のとおり決定したので通知します。

1 支 給

支給開始時期	年 月
手 当 額	月額 円
支 給 時 期	毎年 9月及び3月

2 却 下

理由

教 示

1 異議申立てについて

この処分について不服がある場合は、この処分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、加須市長に対して異議申立てをすることができます。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日(1の異議申立てをした場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日)の翌日から起算して6箇月以内に、加須市を被告として(訴訟において加須市を代表する者は加須市長となります。)提起することができます。

様式第3号(第3条関係)

在宅重度心身障害者手当受給者台帳

対象者	住 所	加須市				申請書提出日		年 月 日	
	ふ り が な			生 年 月 日		認定日		年 月 日	
	氏 名			年 月 日		受給資格喪失日		年 月 日	
	障 害 の 状 況	身体障害者手帳		療 育 手 帳					
		精神保健福祉手帳		超重症心身障害児	合計スコア 点				
保護者	住 所	加須市				備考			
	ふ り が な			生 年 月 日					
	氏 名			年 月 日					
				対象者との続柄					
手当支給記録	年 度 区 分	年度		年度		年度			
	支 給 期	9月期	3月期	9月期	3月期	9月期	3月期		
	支 給 金 額	円	円	円	円	円	円		
	支 給 年 月 日	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・		
	年 度 区 分	年度		年度		年度			
	支 給 期	9月期	3月期	9月期	3月期	9月期	3月期		
	支 給 金 額	円	円	円	円	円	円		
	支 給 年 月 日	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・	・ ・		

様式第4号(第4条関係)

在宅重度心身障害者手当受給資格喪失届

在宅重度心身障害者手当の受給資格がなくなりましたので届け出ます。

理由

理由が発生した日 年 月 日

年 月 日

受給者
住所 加須市
氏名



加須市長 様

様式第5号(第5条関係)

在宅重度心身障害者手当受給変更届

年 月 日

加須市長 様

受給者 住 所 加須市
氏 名

次のとおり加須市重度心身障害者手当の申請内容の一部に変更がありましたので届け出ます。

変 更 内 容	変 更 前	変 更 後
振 込 先 金 融 機 関		
口 座 番 号		
口 座 名 義 人		
そ の 他		

注 変更を生じた事項のみ記入してください。

様式第6号(第7条関係)

在宅重度心身障害者手当所得審査結果通知書

第 号
年 月 日

様

加須市長 

加須市在宅重度心身障害者手当支給条例第8条第1項の規定により、あなたの
年所得を審査した結果は、次のとおりとなりましたので通知します。

なお、次回の所得審査は、 年 月に行います。

1 審査結果

2 適用期間

年 月分から 年 月分まで

教 示

1 異議申立てについて

この処分について不服がある場合は、この処分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、加須市長に対して異議申立てをすることができます。

2 取消訴訟について

この処分の取消しの訴えは、この処分があったことを知った日(1の異議申立てをし
た場合は、当該異議申立てに対する決定があったことを知った日)の翌日から起算して6
箇月以内に、加須市を被告として(訴訟において加須市を代表する者は加須市長となり
ます。)提起することができます。

様式第 1 号（第 2 条関係）

様式第 2 号（第 3 条関係）

様式第 3 号（第 3 条関係）

様式第 4 号（第 4 条関係）

様式第 5 号（第 5 条関係）

様式第 6 号（第 7 条関係）