

大阪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
及び児童福祉法に係る利用者負担額災害等減額・免除取扱要綱

(目的)

第1条 この要綱は、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（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第31条、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規則第32条並びに大阪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第13条、児童福祉法（昭和22年法律第164号）第21条の5の11若しくは同法第24条の5、児童福祉法施行規則第18条の25若しくは同法施行規則第25条の15、災害その他の特別の事情により自立支援医療に要する費用を負担することが困難となった支給認定障害者等に係る自立支援医療費の取扱い等について（平成18年3月31日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知（障発第0331006号））、災害その他の特別の事情により補装具の購入又は修理に要する費用を負担することが困難となった補装具費支給対象障害者等に係る補装具費の取扱いについて（平成19年3月27日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知（障発第0327004号））、災害その他の特別の事情により肢体不自由児通所医療又は障害児入所医療に要する費用を負担することが困難となった障害児世帯に係る肢体不自由児通所医療費又は障害児入所医療費の取扱いについて（平成19年4月4日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知（障発第0404002号））、災害その他の特別の事情により療養介護医療に要する費用を負担することが困難となった障害者に係る療養介護医療費の取扱いについて（平成19年4月4日付け厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知（障発第0404003号））の規定に基づき、障害者総合支援法第28条に規定する介護給付費、特例介護給付費、訓練等給付費及び特例訓練等給付費（以下「介護給付費等」という。）、児童福祉法第21条の5の2に規定する障害児通所給付費及び特例障害児通所給付費、同法第24条の2に規定する障害児入所給付費、障害者総合支援法第58条に規定する自立支援医療費（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令（平成18年政令第10号）第1条の2に規定する更生医療に限る。）、同法第76条に規定する補装具費、児童福祉法第21条の5の29に規定する肢体不自由児通所医療費、同法第24条の20に規定する障害児入所医療費、障害者総合支援法第70条及び同法第71条に規定する療養介護医療費の利用者負担額減額・免除（以下「減免」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(減免要件及び給付割合)

第2条 減免の対象とする費用及び各費用における対象者は、次のとおりとする。

(1) 介護給付費等及び療養介護医療費

障害者総合支援法第5条第23項に規定する支給決定障害者等及び同法第70条第1項並びに同法第71条第1項に規定する療養介護医療費及び基準該当療養介護医療費の支給を受ける障がい者（以下「支給決定障がい者等」という。）

(2) 障がい児通所給付費、特例障がい児通所給付費、肢体不自由児通所医療費、障がい児入所給付費及び障がい児入所医療費

児童福祉法第6条の2の2第9項に規定する通所給付決定保護者、同法第21条の5の29第1項に規定する肢体不自由児通所医療費の給付を受ける通所給付決定保護者、同法第24条の3第6項に規定する入所給付決定保護者及び同法第24条の20第1項に規定する障がい児入所医療費の給付を受ける入所給付決定保護者（以下「給付決定保護者」という。）

(3) 自立支援医療費

障害者総合支援法第54条第3項に規定する支給認定障害者等（以下「支給認定障がい者等」という。）

という。)

(4) 補装具費

障害者総合支援法第76条第1項に規定する補装具費支給対象障害者等（以下「補装具費支給対象障がい者等」という。）

2 次の各号に該当する場合、利用者負担の額を0円とする。

(1) 災害による減免

所得認定区分が「生活保護」以外の支給決定障がい者等、給付決定保護者、支給認定障がい者等又は補装具費支給対象障がい者等（以下「支給障がい者等」という。）の属する世帯（生計中心者の前年中の合計所得金額が1,000万円以下の場合に限る。）が、震災、風水害、火災その他これらに類する災害により、住宅、家財又はその財産について全半壊、全半焼又はこれに準ずる著しい損害を受けた場合。

(2) 所得激減による減免

次のアからウまでのいずれかにより支給障がい者等の属する世帯の生計中心者の直近3ヶ月分の収入等から推計した所得額の年間見込み額が、前年の所得額の2分の1以下に減少することが見込まれ、かつ当該世帯の直近3ヶ月の実収入月額の平均が生活保護基準による最低生活費認定額の125%以下になった場合。

ア 死亡、心身の重大な障がい若しくは長期間の入院

イ 事業又は業務の休廃止、事業における著しい損失、失業等

ウ 干ばつ、冷害、凍霜害等における農作物の不作、不漁その他これに類する理由

（減免の適用期間等）

第3条 減免の適用は月単位で行うこととし、具体的な適用期間の基準は、次のとおりとする。

(1) 適用開始月

減免は申請を受理した日の属する月の翌月から適用する。ただし、申請日が月の初日の場合は当該月から適用する。

また、生活保護法による申請が却下された場合で、減免要件に該当する場合は、生活保護の申請日の属する月の初日を適用開始日とする。

(2) 適用期間

減免期間は6月間とする。ただし、利用者負担が困難である事実が消滅した場合は、その事実が消滅した日の属する月の末日までを適用期間とする。

(3) 虚偽の申請等による適用取消

虚偽の申請その他不正の行為により減免を受けた場合は、適用開始日に遡及して減免の適用を取り消す。

（減免の申請）

第4条 利用者負担の減免を受けようとする支給障がい者等は、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及び児童福祉法に係る利用者負担額災害等減額・免除申請書（様式第1号。以下「減免申請書」という。）に次項に規定する書類を添付し、当該支給障がい者等の決定を行った区保健福祉センター所長に申請しなければならない。ただし、第2条第1項第1号の支給決定障がい者等である場合は障がい福祉サービス受給者証及び療養介護医療受給者証、同条同項第2号の給付決定保護者である場合は障がい児通所給付受給者証、肢体不自由児通所医療受給者証、障がい児入所給付受給者証及び障がい児入所医療受給者証（以下「受給者証」という。）を併せて提出しなければならない。

2 前項の規定により申請書に添付する書類については、次の各号のとおりとする。ただし、減免申請者が他制度の減免申請等のため他課へ提出した資料等により確認できる場合は、その資料等の写しの添付をもって、提出に代えることができる。

(1) 第2条第2項第1号に規定する減免

ア 収入等申告書（様式第2号。ただし、区保健福祉センターにおいて前年中の収入金額が確認できる場合は不要）

イ 風水害の場合は区役所、火災の場合は消防署で発行する罹災証明書

(2) 第2条第2項第2号に規定する減免

収入申告書（様式第3号）又は給与証明書（様式第4号）

3 第1項の申請について、支給障がい者等の申請により難い場合は代理人の申請により行うことができる。この場合、当該代理人は委任状を提出しなければならない。

4 第1項の規定により提出を受けた受給者証は、減免申請書の受理後、利用者へ返却する。

(審査)

第5条 区保健福祉センター所長は、次の各号に定める事項を審査する。

(1) 第2条第2項第1号に規定する減免の申請

ア 収入状況については、減免申請日現在の支給障がい者等の属する世帯全員の前年中の収入金額により確認する。

イ 損害については、罹災証明等により確認する。

(2) 第2条第2項第2号に規定する減免の申請

支給障がい者等より次に掲げる必要事項を利用者負担額減額・免除面接記録（様式第5号）に記入し、月額単位で生活保護基準額表により、収入認定額及び最低生活費等を算出する。

ア 申請者の氏名、支給障がい者等（支給又は給付対象が障がい児の場合は当該障がい児）との続柄

イ 支給障がい者等の氏名（支給又は給付対象が障がい児の場合は障がい児の氏名を含む。）、第2条第1項第1号又は第2号の場合は受給者証の番号

ウ 支給障がい者等の利用者負担所要額

エ 負担が困難な具体的理由

オ 世帯の構成（氏名、年齢、職業又は学校名等）

カ 世帯の収入状況（自営、給与、年金、内職等）

キ 世帯の住居状況（自宅・借家の別、家賃）

ク 世帯の資産保有状況（預貯金等、不動産等）

ケ 扶養義務者の状況（仕送り等）

コ その他〔他法・他施策の適用の有無（雇用保険、退職金、各種貸付金等）、申請経路、各種保険料・市民税納入状況等〕

(減免の決定・却下)

第6条 区保健福祉センター所長は、減免を承認した場合、次の各号のとおり対応する。

(1) 第2条第1項第1号又は第2号の減免である場合は、利用者負担額減額・免除決定通知書（様式第6号）及び利用者負担減額・免除認定証（様式第7号。以下「認定証」という。）を支給決定障がい者等又は給付決定保護者へ交付する。

(2) 第2条第1項第3号の減免である場合は、利用者負担額減額・免除決定通知書（様式第6号）及び自立支援医療受給者証を支給認定障がい者等交付する。

- (3) 第2条第1項第4号の減免である場合は、利用者負担額減額・免除決定通知書（様式第6号）及び補装具費支給券を補装具費支給対象障がい者等へ交付する。
- 2 区保健福祉センター所長は、減免申請を却下した場合、利用者負担額減額・免除申請却下通知書（様式第8号）を支給障がい者等へ交付する。

（認定証の提示）

第7条 減免が承認された支給障がい者等は、前条第1項第1号に該当する場合は受給者証等に認定証を添えて利用する指定障がい福祉サービス事業者又は指定障がい児給付事業所へ提示する。同条同項第2号及び第3号に該当する場合は、各号により交付した書類を医療機関又は補装具業者に提示する。

（その他）

第8条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、主管課長が別に定める。

附則

この要綱は平成18年4月1日から施行する。

この要綱は平成24年4月1日から施行する。

この要綱は平成25年4月1日から施行する。

この要綱は平成28年1月1日から施行する。

この要綱は平成28年4月1日から施行する。

この要綱は平成31年3月1日から施行する。

この要綱は令和3年4月1日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

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
及び児童福祉法に係る利用者負担額災害等減額・免除申請書

大阪市 区保健福祉センター所長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者	個人番号						生年月日	
	受給者証番号等							
	(フリガナ) 氏名						年月 日	
	住所						電話番号 〈 〉	
	(フリガナ) 支給(給付)決定 に係る児童氏名				続柄			
					生年月日	年月日		
申請する 対象サービス等	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス等 <input type="checkbox"/> 障がい児通所給付 <input type="checkbox"/> 障がい児入所給付 <input type="checkbox"/> 補装具費						<input type="checkbox"/> 療養介護医療費 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療費 <input type="checkbox"/> 障がい児入所医療費 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費(更生医療)	
利用者負担 減額・免除 申請理由								

届出者	(フリガナ) 氏名				申請者との関係		
	住所	電話番号 〈 〉					

収入等申告書

世帯状況及び収入

氏名	続柄	生年月日（年齢）	職業	年間所得金額	備考
		・・()		円	
		・・()		円	
		・・()		円	
		・・()		円	
		・・()		円	

収入申告書

(提出先)

大阪市 区保健福祉センター 所長

住所

氏名

次のとおり私の世帯の収入を申告します。

1 働いて得た収入

氏名	仕事の内容 勤め先(会社名)等	区分	当月分 見込額	前3ヶ月分		
				月分	月分	月分
		収入	円	円	円	円
		必要経費①	円	円	円	円
		収入	円	円	円	円
		必要経費②	円	円	円	円
		収入	円	円	円	円
		必要経費③	円	円	円	円
必要経費(前月分) の主な内容	①					
	②					
	③					

2 恩給、年金、手当等の収入

受給者の氏名	恩給、年金、手当等の種類	受給額(月額又は年額)
		円
		円
		円

3 仕送り等その他の収入

内容	金額(月額又は年額)
	円
	円

給 与 証 明 書

住所 (電話)

事業所(雇主)

次のとおり証明します。

氏名				職名及び職務 内 容	
住所					
区分		当月支給見込 月分	前 3 ヶ 月 分		
勤務(就労)日数	日	日	日	日	
給与額	基 本 紙	円	円	円	
	日 紙(日分)				
	扶 養 手 当				
	皆 勤 手 当				
	超過勤務手当				
	交 通 費				
	賞 与				
	小 計(1)				
控除額	所 得 税				
	住 民 税				
	健 康 保 険 料				
	厚生年金保険料				
	雇 用 保 険 料				
	小 計(2)				
差引支給額(1)-(2)					

様式第5号(第5条関係)

利用者負担額減額・免除面接記録

面接年月日	年 月 日	支給(給付)決定 障がい者(児)氏名			受給者証番号等					申請者	(本人との続柄)				
世 帯 の 構 成				収入認定額(単位:円)				最 低 生 活 費(単位:円)							
氏 名	続柄	生年月日(年齢)	職業	収入月額 A	実費控除 B	基礎控除 C	収入認定額 A-B-C	生活扶助基準		加算額	住宅扶助 基 準	教育扶助 基 準	医療扶助 基 準	介護扶助 基 準	
								第1類費	第2類費						
		・ ・ ()													
		・ ・ ()													
		・ ・ ()													
		・ ・ ()													
(1) ÷ (2) × 100 = % (125%以下)				収入認定額計 円(1)				最低生活費認定額 円(2)							
住居状況	自 宅 借 家 (家賃 円 / 月)														
資産保有状況	預貯金等 不動産等														
扶養義務者 の 状 況	仕送り等														
負担が困難な 具体的な理由															
その他(*)															

* 他法・他施策適用の有無(火災保険、退職金、各種貸付金等)、参考事項(申請経路、各種保険料・市民税納入状況等)

様式第6号(第6条関係)

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及び
児童福祉法に係る利用者負担額災害等減額・免除決定通知書

区保福第 号
年 月 日

様

区保健福祉センター所長 印

年 月 日付けで提出のあった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及び児童福祉法に係る利用者負担額災害等減額・免除申請について、次のとおり決定したので通知します。

受給者証番号等			
対象サービス等	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス等 <input type="checkbox"/> 障がい児通所給付 <input type="checkbox"/> 障がい児入所給付 <input type="checkbox"/> 補装具費	<input type="checkbox"/> 療養介護医療費 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療費 <input type="checkbox"/> 障がい児入所医療費 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費（更生医療）	
支給（給付）決定 障がい者（保護者）氏名			
支給（給付）決定 に係る児童氏名			
決 定 年 月 日			
減免後負担上限額	負担上限月額		0円
適用 年 月 日			
有 効 期 限			
備 考			

・ 不服申立て及び取消訴訟

- この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に大阪府知事に対して審査請求することができます。なお、審査請求をした場合は、大阪府知事に申し立てれば、口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か月以内に大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表とする者は大阪市長となります）、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。
 - 審査請求があつた日から3か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じ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につき正当な理由があるとき。

問い合わせ先

区保健福祉センター保健福祉課

住所

電話番号

様式第7号（第6条関係）

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及び児童福祉法に係る 利用者負担額災害等減額・免除認定証 交付年月日 年 月 日		
給付	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス <input type="checkbox"/> 障がい児(通所・入所)給付	
支 障 が い 者 (給 付 (決 定 者 等)) 障 が い 者 (保 護 者 等 等))	受給者証 番号	
	住 所	
	フリガナ	
	氏 名	
生年月日	年 月 日 生	
児 童 氏 名	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	年 月 日 生
適用年月	年 月 分 から	
有効期限	年 月 分 まで	
減額・免除 認定	負担上限月額 0 円	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
区保健福祉センター所長 住所 電話 FAX		

注 意 事 項

- 1 指定障がい福祉サービス等、基準該当障がい福祉サービス、指定障がい児通所・入所支援又は基準該当障がい児通所支援を受けようとするときは、必ずこの証を指定障がい福祉サービス事業者等、指定障がい児通所支援事業所、指定障がい児入所施設又は基準該当事業所に提示してください。
- 2 療養介護、肢体不自由児通所医療又は障がい入所医療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療養介護医療受給者証、肢体不自由児通所医療受給者証又は障がい入所医療受給者証を添えて指定療養介護事業所又は指定障がい児施設等に提示してください。
- 3 指定障がい福祉サービス等又は指定障がい児通所・入所支援を受けるときに支払う金額は、指定障がい福祉サービス等に要した費用（食費、光熱水費を除く。）から指定障がい福祉サービスに要した費用に給付率を乗じた額を引いた額になります。なお基準該当障がい福祉サービス又は基準該当障がい児通所支援を受ける場合等は、お住まいの区の保健福祉センターの窓口にお問い合わせください。
- 4 減額・免除等の認定の条件に該当しなくなったとき、減額・免除等の認定証の有効期限にいたったときは速やかに、この証を交付した区の保健福祉センターに返してください。
- 5 この証の表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、この証を交付した区の保健福祉センターに其の旨を届け出してください。
- 6 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。

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及び
児童福祉法に係る利用者負担額災害等減額・免除申請却下通知書

区保福第 号
年 月 日

様

区保健センター所長 印

年 月 日付けで提出のあった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及び児童福祉法に係る利用者負担額災害等減額・免除申請について、次の理由で却下したので通知します。

受給者証番号等						
対象サービス等	<input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス等 <input type="checkbox"/> 障がい児通所給付 <input type="checkbox"/> 障がい児入所給付 <input type="checkbox"/> 補装具費	<input type="checkbox"/> 療養介護医療費 <input type="checkbox"/> 肢体不自由児通所医療費 <input type="checkbox"/> 障がい児入所医療費 <input type="checkbox"/> 自立支援医療費（更生医療）				
支給（給付）決定 障がい者（保護者）氏名						
支給（給付）決定 に係る児童氏名						
決 定 年 月 日						
却 下 理 由						

・ 不服申立て及び取消訴訟

- この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に大阪府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は、大阪府知事に申し立てれば、口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か月以内に大阪市を被告として（訴訟において大阪市を代表とする者は大阪市長となります）、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から3か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じ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。

問い合わせ先

区保健センター保健福祉課
住所
電話番号