

寒川町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新旧対照表

現 行	改 正 案																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
第8号様式（第25条関係）	第8号様式（第25条関係）																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
<table><tr><td colspan="15">療養介護医療受給者証</td></tr><tr><td colspan="5">公費負担者番号</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td colspan="5">公費受給者番号</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td rowspan="3">支給決定 障害者</td><td colspan="14">居住地</td></tr><tr><td colspan="14">フリガナ</td></tr><tr><td colspan="14">生年月日 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="14">氏 名</td><td></td></tr><tr><td colspan="5">療養介護医療 （食事療養（生活療養）を除く）</td><td colspan="5">月額</td><td colspan="5">円</td></tr><tr><td colspan="5">負担上限月額</td><td colspan="5">月額</td><td colspan="5">円</td></tr><tr><td colspan="5">食事療養（生活療養）</td><td colspan="5">月額</td><td colspan="5">円</td></tr><tr><td colspan="5">適用期間</td><td colspan="10">年 月 日 から 年 月 日まで</td></tr><tr><td colspan="5">交付年月日</td><td colspan="10">年 月 日</td></tr><tr><td colspan="15">支給市町村名 及び印</td></tr></table>	療養介護医療受給者証															公費負担者番号															公費受給者番号															支給決定 障害者	居住地														フリガナ														生年月日 年 月 日														氏 名															療養介護医療 （食事療養（生活療養）を除く）					月額					円					負担上限月額					月額					円					食事療養（生活療養）					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										支給市町村名 及び印															<table><tr><td colspan="15">療養介護医療受給者証</td></tr><tr><td colspan="5">公費負担者番号</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td colspan="5">公費受給者番号</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td rowspan="3">支給決定 障害者</td><td colspan="14">居住地</td></tr><tr><td colspan="14">フリガナ</td></tr><tr><td colspan="14">生年月日 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="14">氏 名</td><td></td></tr><tr><td colspan="5">療養介護医療（食事療 養（生活療養）を除く）</td><td colspan="5">月額</td><td colspan="5">円</td></tr><tr><td colspan="5">負担上限月額</td><td colspan="5">月額</td><td colspan="5">円</td></tr><tr><td colspan="5">食事療養（生活療養）</td><td colspan="5">月額</td><td colspan="5">円</td></tr><tr><td colspan="5">適用期間</td><td colspan="10">から まで</td></tr><tr><td colspan="5">交付年月日</td><td colspan="10"></td></tr><tr><td colspan="15">特 記 事 項</td></tr><tr><td colspan="15">支給市町村名 及　　び　　印</td></tr></table>	療養介護医療受給者証															公費負担者番号															公費受給者番号															支給決定 障害者	居住地														フリガナ														生年月日 年 月 日														氏 名															療養介護医療（食事療 養（生活療養）を除く）					月額					円					負担上限月額					月額					円					食事療養（生活療養）					月額					円					適用期間					から まで										交付年月日															特 記 事 項															支給市町村名 及　　び　　印															<table><tr><td colspan="15">注意事項欄</td></tr><tr><td colspan="15"></td></tr></table>	注意事項欄																													
療養介護医療受給者証																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
公費負担者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
公費受給者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
支給決定 障害者	居住地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	生年月日 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
氏 名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
療養介護医療 （食事療養（生活療養）を除く）					月額					円																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
負担上限月額					月額					円																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
食事療養（生活療養）					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																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
支給市町村名 及び印																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
療養介護医療受給者証																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
公費負担者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
公費受給者番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
支給決定 障害者	居住地																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	フリガナ																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
	生年月日 年 月 日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
氏 名																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
療養介護医療（食事療 養（生活療養）を除く）					月額					円																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
負担上限月額					月額					円																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
食事療養（生活療養）					月額					円																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
適用期間					から まで																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
交付年月日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
特 記 事 項																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
支給市町村名 及　　び　　印																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
注意事項欄																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	

附 則

（施行期日）

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- （残存用紙の使用）
- 2 この規則の施行前に、この規則による改正前の寒川町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規定により既に調製された様式で用紙が現に残存するものに限り、所要の調整をし、当分の間使用することができる。