

障 発 第 0 3 2 8 0 1 2 号

平成 1 5 年 3 月 2 8 日

各 { 都道府県知事
指定都市市長
中核市市長 } 殿

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長

国の設置する身体障害者更生施設等における利用料について

身体障害者福祉法第17条の32第1項に規定する国の設置する身体障害者更生施設等(以下「国立施設」という。)における利用料については、同法17条の32第4項の規定に基づき、平成15年4月1日から、国立施設の長が入所の承諾を行った身体障害者は、当該国立施設の利用料を国に支払うものとされたところであるが、当該利用料の額は、同条第5項の規定に基づき、「身体障害者福祉法に基づく指定施設支援に係る利用者負担の額の算定に関する基準」(平成15年2月21日厚生労働省告示第42号)により算定する額とされたので了知されたい。

なお、国立施設における利用料の額は、国立施設が入所の承諾を行った身体障害者から、収入申告書(別紙様式1)及び負担能力の判定に必要な挙証資料を、当該身体障害者の扶養義務者から所得税額申告書(別紙様式2)及びその記載内容が確認できる挙証資料として各市町村等が発行した証明書等を、それぞれ徴した上、当該国立施設において利用料の額を決定し、当該身体障害者及びその扶養義務者並びに市町村あて通知する

ものとする（別紙様式 3 及び 4 ）。

なお、国立施設における利用料の額の決定に係る事務手続き等は、「指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う留意事項について」（平成15年3月24日障発第0324001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）、「指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う取扱いについて」（平成15年3月25日障発第0325006号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知）及び「指定居宅支援等に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う取扱い細則について」（平成15年3月25日障発第0325001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）に基づいて実施するので、遺漏のないよう留意されたい。

(別紙様式1)

収入申告書

平成 年 月 日

国立施設の長 殿

〒
住 所
氏 名 (年 月 日生) 印

申請者(本人)の平成 年中の収入について下記のとおり申告します。

入所施設名		生活保護受給の有無		有 ・ 無
種 類	申 告 金 額	確 認 済 金 額	備 考	
収 入 A	年 金 等 収 入 ()			
	財 産 収 入			
	利 子 ・ 配 当 収 入			
	計			
必 要 経 費 B	租 税			
	医 療 費			
	日 用 品 費 (日常生活費)			
	社 会 保 険 料			
	計			
差引額 (A - B) C				
更生訓練費相当額 D				
対象収入 (C - D)				
利 用 料 月 額				

(別紙様式2)

所得税額申告書

平成 年 月 日

国立施設の長 殿

住所
氏名 印

申請者_____の扶養義務者である私_____に係る平成 年中における所得税額等について下記のとおり申告します。

フリガナ		昭和	年	月	日
申請者氏名		生年月日			
		性 別	男 ・ 女		
居住地	〒 電話番号 () -				
扶養義務者氏名		居 住 地	電話番号	続 柄	
前 年 の 所得税額	円	生活保護 受給の有無	有 ・ 無		
前年度分の 市町村民税 課税区分	非 課 税 均 等 割 課 税 所得割課税 (注)前年の所得税額欄が0円の場合のみ記入のこと。				

(別紙様式3)

国立施設入所に係る利用料決定通知書

番
平成 年 月 日 号

入所申請者(扶養義務者)殿

国立施設の長 印

身体障害者福祉法第17条の32第5項の規定に基づき、国立施設入所に係る利用料を下記のとおり決定したので、通知する。

記

フリガナ	-----			昭和	年	月	日
氏名				生年月日			
				性別	男・女		
居住地	〒						
	電話番号() -						
扶養義務者氏名				居住地	電話番号		続柄
利用料額 (月額)	本人						
	扶養義務者						

この決定に異議がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して60日以内に、国立施設の長あて異議申し立てすることができる。

問い合わせ先 国立施設名 _____
住 所 _____
電話番号 (内線) _____

(別紙様式4)

国立施設入所に係る利用料決定通知書

番
平成 年 月 日 号

市町村の長 殿

国立施設の長 印

身体障害者福祉法第17条の32第5項の規定に基づき、下記の者について、国立施設入所に係る利用料を下記のとおり決定したので、通知する。

記

フリガナ				昭和	年	月	日
氏名				生年月日	平成		
				性別	男・女		
居住地	〒 電話番号() -						
扶養義務者氏名				居住地	電話番号		続柄
利用料額 (月額)	本人						
	扶養義務者						