

伊勢原市外国籍市民高齢者・障害者等福祉給付金支給要綱

(目的)

第1条 この要綱は、外国籍市民高齢者・障害者等に伊勢原市外国籍市民高齢者・障害者等福祉給付金（以下「福祉給付金」という。）を支給することにより、福祉の向上を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 被措置者 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第18条第2項、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第16条第1項第2号又は児童福祉法（昭和22年法律第164号）第27条第1項第3号若しくは同条第2項の規定により施設等に入所措置されている者
- (2) 公的年金 児童扶養手当法（昭和36年法律第238号）第3条第2項に規定する公的年金給付（厚生年金保険法等の一部を改正する法律（昭和48年法律第92号）附則第21条に規定する老齢特別給付金を除く。）及び特定障害者に対する特別障害給付金の支給に関する法律第3条に規定する特別障害給付金
- (3) 重度の障害者 身体障害者福祉法第15条第4項に規定する身体障害者手帳で身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号に掲げる級別が1級又は2級に該当する者、療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日厚生省労働省事務次官通知）に基づく療育手帳の障害の程度が重度（A1又はA2）に該当する者、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条第2項に規定する精神障害者保健福祉手帳で精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）第6条第3号に定める級別が1級に該当する者その他市長がこれらと同程度の身体障害、知的障害又は精神障害を有すると認める者
- (4) 中度の障害者 前号の身体障害者手帳の級別が3級に該当する者、療育手帳の障害の程度が中度（B1）に該当する者、精神障害者保健福祉手帳の級別が2級に該当する者その他市長がこれらと同程度の身体障害、知的障害又は精神障害を有すると認める者
- (5) 初診日 障害の原因となった傷病について初めて医師又は歯科医師の診療を受けた日

(支給対象者)

第3条 福祉給付金の支給対象者は、昭和61年3月31日以前に日本に居住し、かつ、本市に住民登録（住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づく住民基本台帳への記載をいう。以下同じ。）をしている者又は神奈川県若しくは本市に係る被措置者のうち、公的年金の受給要件を制度上満たすことができない者であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 大正15年4月1日以前に生まれた外国籍市民
 - (2) 明治44年4月2日から大正15年4月1日までの間に生まれた者のうち、昭和36年4月2日以降に国外から日本国内に住民基本台帳法第22条第1項の規定に基づく届出をした日本国籍を有する者
 - (3) 昭和37年1月1日以前に生まれた重度又は中度の障害者のうち、昭和57年1月1日前に重度若しくは中度の障害者であった外国籍市民又は同日以降重度若しくは中度の障害者となったがその初診日が同日前の外国籍市民
 - (4) 昭和22年1月1日以前に生まれた者のうち、昭和57年1月1日から昭和61年3月31日までの間に重度若しくは中度の障害者となった外国籍市民又は昭和61年4月1日以降重度若しくは中度の障害者となったがその初診日が同日前の外国籍市民(第3号に該当する者を除く。)
 - (5) 初診日が昭和36年4月1日から昭和61年3月31日までの間にあり、当該初診日に日本国内に住所を有しなかった重度又は中度の障害者である日本人
- 2 前項の規定は、昭和36年4月2日以降に日本国籍を取得した者について準用する。ただし、同項第5号の規定は、初診日において日本国籍を取得していない者については、準用しない。
- 3 第1項の規定にかかわらず、本市において住民登録を行った日から1年を経過しない者は、支給対象者としなない。

(申請)

第4条 福祉給付金の支給を受けようとする者(次条において「申請者」という。)は、伊勢原市福祉給付金支給申請書(第1号様式)に必要書類を添付して市長に申請しなければならない。

(支給決定の通知)

第5条 市長は、前条の申請書の提出を受けたときは、これを速やかに審査し、伊勢原市福祉給付金支給決定通知書(第2号様式)により福祉給付金の支給の可否を申請者に通知するものとする。

(福祉給付金の額)

第6条 福祉給付金の額は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- (1) 第3条第1項第1号又は第2号のいずれかに該当する者(次号又は第3号に該当する者を除く。) 月額20,000円
- (2) 第3条第1項第3号から第5号までのいずれかに該当する者のうち重度の障害者 月額38,000円
- (3) 第3条第1項第3号から第5号までのいずれかに該当する者のうち中度の障害者 月額26,000円

(支給期間等)

第7条 福祉給付金は、第4条の規定による申請を行った日の属する月分から第8条の規定

に該当する日の属する月分までを支給する。

2 福祉給付金は、毎年9月及び3月の2期に、それぞれ当月までの分を支給するものとする。

3 福祉給付金は、口座振替により支給する。

(支給停止)

第8条 支給対象者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該各号に定める期間の月分の福祉給付金の支給を停止する。

(1) 第3条第1項第1号及び第2号に規定する支給対象者の前年の所得が国民年金法等の一部を改正する法律の施行に伴う経過措置に関する政令(昭和61年政令第54号)第52条の規定により読み替えられた同条の表第6条の4第1項の項に定める額を超えるとき又は第3条第1項第3号から第5号までに規定する支給対象者の前年の所得(同条第2項の規定により準用する場合を含む。以下同じ。)が国民年金法施行令(昭和34年政令第184号)第5条の4に定める額を超えるとき その年の8月から翌年の7月までの期間

(2) 公的年金の受給権者になったとき その期間

(3) 他の自治体から第1条に掲げる目的と同様の趣旨で支給される手当、給付金等など(以下「他の給付金等など」という。)を受けているとき その期間

(4) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けているとき その期間

(5) 老人福祉法(昭和38年法律第133号)第20条の4に規定する養護老人ホーム又は同法第20条の5に規定する特別養護老人ホームに入所措置されているとき その期間

2 前項第1号に規定する所得の範囲及びその額の計算方法は、国民年金法施行令第6条及び第6条の2の規定を準用する。

3 市長は支給対象者が次の各号のいずれかに該当する場合は、福祉給付金の支給を停止する。

(1) 死亡したとき

(2) 市外に転出したとき

(3) 第3条第1項第3号から第5号までに規定する支給対象者が、重度又は中度の障害者のいずれにも該当しなくなったとき

(4) 正当な理由がなく第16条に規定する届出をしないとき

(5) 第17条の規定に違反したとき

(6) 虚偽その他不正な手段により福祉給付金を受け、又は受けようとしたとき

(支給停止の通知)

第9条 市長は、前項の規定により福祉給付金の支給を停止するときは、伊勢原市福祉給付金支給停止通知書(第3号様式)により支給対象者に通知するものとする。

(停止解除の申出)

第10条 支給対象者は、第8条第1項各号又は第3項第4号若しくは第5号に規定する事由に該当しなくなった場合は、伊勢原市福祉給付金支給停止解除申出書（第4号様式）により福祉給付金の解除を市長に申し出ることができる。

（停止解除の通知）

第11条 市長は、前条に規定する申出を受けた場合は、これを速やかに確認し、伊勢原市福祉給付金支給停止解除決定通知書（第5号様式）により福祉給付金の支給停止の解除の可否を支給対象者に通知するものとする。

（差額の支給）

第12条 第8条第1項第2号及び第3号の規定にかかわらず、市長は、第3条第1項第3号から第5号までに規定する支給対象者が現に受給する公的年金又は他の給付金等などの額が第6条第2号及び第3号に規定する福祉給付金の額に達しない場合は、その差額が確定した後に当該差額を福祉給付金として支給する。

（未支給金の請求）

第13条 支給対象者が死亡した場合において、その死亡した者に支給すべき福祉給付金（以下「未支給金」という。）があるときは、その者の配偶者、子、孫、曾孫、父母、祖父母又は兄弟姉妹であって、その者の死亡の当時その者と生計を一にしていた者は、自己の名で未支給金を請求することができる。

2 未支給金を受けるべき者の順位は、前項に規定する順序とする。

3 未支給金を受けるべき同順位の者が2人以上いるときは、その1人が行った請求は全員のためその金額について行ったものとみなし、その1人に対して行った支払いは全員に対して行ったものとみなす。

4 未支給金の支給を受けようとする者（次条において「請求者」という。）は、伊勢原市福祉給付金未支給金請求書（第6号様式）に必要書類を添付して速やかに市長に提出しなければならない。

（未支給金の支給決定の通知）

第14条 市長は、前条第4項の請求書の提出を受けた場合は、これを速やかに審査し、伊勢原市福祉給付金未支給金支給決定通知書（第7号様式）により未支給金の支給の可否を請求者に通知するものとする。

（未支給金の支給）

第15条 未支給金の支給は、前条の規定による通知を行った日の翌日から起算して30日以内に口座振替により行うものとする。

（届出）

第16条 支給対象者は、毎年7月に伊勢原市福祉給付金現況届（第8号様式）を市長に提出しなければならない。

2 支給対象者は、現況に変更があった場合は、速やかに伊勢原市福祉給付金変更・喪失届（第9号様式）を市長に提出しなければならない。

(権利譲渡等の禁止)

第17条 福祉給付金を受ける権利は、これを譲渡し、又は担保に供してはならない。

(返還)

第18条 市長は、福祉給付金の支給後、支給対象者が第8条第1項又は第3項のいずれかに該当していることを確認した場合は、福祉給付金を受給した者に対して既に支給している福祉給付金の一部又は全部の返還を請求することができる。

(委任)

第19条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

(施行期間)

1 この告示は、公表の日から施行する。ただし第16条第1項の規定については、平成11年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 平成11年3月31日までに行われた第4条の規定による申請は、平成10年4月1日に行われたものとみなし、第7条第1項の規定を適用する。

附 則

この告示は、平成18年4月1日から施行する。ただし、第2条の規定は同年10月1日から施行する。

附 則 (平成24年7月6日告示第115号)

この告示は、平成24年7月9日から施行する。

第 1 号様式（第 4 条関係）

伊勢原市福祉給付金支給申請書

年 月 日											
伊勢原市長 殿	申請者 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ 電話 _____ 対象者との続柄 _____										
福祉給付金を受けたいので、次のとおり申請します。 なお、支給の決定のために必要があるときは、対象者の市民税・県民税の課税状況、住民基本台帳の登録状況について、市長が関係機関に報告を求めることに同意します。											
フリガナ 対象者氏名	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">男</td> <td style="width: 15%;">生年</td> <td style="width: 5%;">・</td> <td style="width: 5%;">・</td> <td style="width: 15%;">生</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">女</td> <td>月日</td> <td></td> <td></td> <td>(歳)</td> </tr> </table>	男	生年	・	・	生	女	月日			(歳)
男	生年	・	・	生							
女	月日			(歳)							
住 所	伊勢原市 _____ 電話 _____										
フリガナ 対象者通称氏名	_____ <small>あて名として希望する場合は記入してください</small>										
公的年金の受給	有（年金の種類 _____ ・年額 _____ 円）・無										
老人ホーム入所	有（施設名 _____ ）・無										
生活扶助の受給	有（受給開始日 _____ 年 月 日 _____ ）・無										
市内居住登録日	_____ 年 月 日										
世帯主氏名	_____ 対象者との続柄（ _____ ）										
振込先口座	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">銀行・信用組合</td> <td style="width: 40%;">本店・本所</td> </tr> <tr> <td>農協・信用金庫</td> <td>支店・支所</td> </tr> <tr> <td colspan="2">フリガナ _____ 種 目 / 普通・当座</td> </tr> <tr> <td colspan="2">名 義 人 _____ 口座番号 / _____</td> </tr> </table>	銀行・信用組合	本店・本所	農協・信用金庫	支店・支所	フリガナ _____ 種 目 / 普通・当座		名 義 人 _____ 口座番号 / _____			
銀行・信用組合	本店・本所										
農協・信用金庫	支店・支所										
フリガナ _____ 種 目 / 普通・当座											
名 義 人 _____ 口座番号 / _____											
添付書類	<input type="checkbox"/> 住民票の写し <input type="checkbox"/> 確定申告書の写し、源泉徴収票その他前年の所得を証明する書類 <input type="checkbox"/> 年金振込通知書、年金額改定通知書等年金受給額がわかる書類 <input type="checkbox"/> その他										

注 障害者の方は、裏面も記入してください。

第 1 号様式（裏）

障害を事由に申請される方は、記入してください。

1 障害基礎年金等を受給できない理由について、該当するものをチェックしてください

昭和 57 年（1982 年）1 月 1 日前に 20 歳に達し、かつ、障害者であった。

昭和 57 年（1982 年）1 月 1 日前に 35 歳に達しており、
昭和 61 年（1986 年）3 月 31 日までの間に障害者になった。

昭和 61 年（1986 年）3 月 31 日以前の海外在住中に障害者となった。

2 障害の状況について記入してください。

* 障害者手帳 身体障害者手帳 (級)

療育手帳 障害程度 ()

精神障害者保健福祉手帳 (級)

交付団体名

交付番号 第 号

最初に手帳交付を受けた日 年 月 日

*障害原因の初診日 年 月 日

3 公的年金の加入状況について記入してください。

加入している (年 月から)

年金名称

記号番号

加入していない

第 2 号様式（第 5 条関係）

伊勢原市福祉給付金支給決定通知書

年 月 日	
様	
伊勢原市長 印	
年 月 日付けで申請のありました福祉給付金の支給について、次のとおり決定しましたので通知します。	
決定区分	<input type="checkbox"/> 支給します <input type="checkbox"/> 支給しません
決定番号	第 号
支給対象者	住 所 伊勢原市
	氏 名
支給開始月	年 月分から支給
支給額	円 / 1 か月
支給しない理由	

備考

- 1 支給の方法は、年 2 回（9 月・3 月）に分けて、あなたの指定口座に振り込みます。
- 2 毎年 7 月頃に「現況届」を郵送しますので、記入の上、提出してください。
- 3 住所・氏名・口座番号等に変更がある場合は、届出をしてください。

第 3 号様式（第 9 条関係）

伊勢原市福祉給付金支給停止通知書

年 月 日	
様	
伊勢原市長 印	
次のとおり福祉給付金の支給の停止しますので通知します。	
対象者氏名	
決定番号	
支給停止期間	年 月分～ 年 月分
支給停止理由	

備考 支給停止理由に該当しなくなったときは、福祉給付金の支給が再開されますので、「伊勢原市福祉給付金支給停止解除申請書」を提出してください。

第 4 号様式（第 10 条関係）

伊勢原市福祉給付金支給停止解除申出書

年 月 日											
伊勢原市長 殿											
申出者 住所 <hr/> 氏名 ㊟ <hr/> 電話 <hr/> 対象者との続柄 <hr/>											
福祉給付金の支給停止解除を受けたいので、次のとおり申し出します。 なお、給付の決定のために必要があるときは、対象者の市民税・県民税の課税状況 住民基本台帳の登録状況について、市長が関係機関に報告を求めることに同意します。											
フリガナ 対象者氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">男</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">生年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">・</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">・</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">生</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">女</td> <td style="text-align: center;">月日</td> <td style="text-align: center;">(</td> <td style="text-align: center;">)</td> <td style="text-align: center;">歳)</td> </tr> </table>	男	生年	・	・	生	女	月日	()	歳)
男	生年	・	・	生							
女	月日	()	歳)							
住 所	伊勢原市 電話										
解除申出理由 (変更内容)	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>昨年の所得が定める額を下回ったため</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>他の給付金等が受けられなくなったため</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>生活保護の受給が廃止されたため</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>老人ホーム入所措置が廃止されたため</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>その他</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	昨年の所得が定める額を下回ったため	<input type="checkbox"/>	他の給付金等が受けられなくなったため	<input type="checkbox"/>	生活保護の受給が廃止されたため	<input type="checkbox"/>	老人ホーム入所措置が廃止されたため	<input type="checkbox"/>	その他
<input type="checkbox"/>	昨年の所得が定める額を下回ったため										
<input type="checkbox"/>	他の給付金等が受けられなくなったため										
<input type="checkbox"/>	生活保護の受給が廃止されたため										
<input type="checkbox"/>	老人ホーム入所措置が廃止されたため										
<input type="checkbox"/>	その他										
変更内容の発生年月日 年 月 日から <hr/>											

第 6 号様式（第 1 3 条関係）

伊勢原市福祉給付金未支給金請求書

年 月 日			
伊勢原市長 殿			
申請者 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ 電話 _____ 対象者との続柄 _____			
福祉給付金の未支給金の支給を受けたいので、次のとおり請求します。			
フリガナ 対象者氏名		男 女	生年 月 日 生
対象者住所	伊勢原市 電話		
対象者の死亡日	年 月 日		
請求者通称氏名	<small>あて名として希望する場合は記入してください</small>		
他の生計同一者の有無	有（配偶者・子・孫・曾孫・父母・祖父母・兄弟姉妹）・無		
振込先口座	銀行・信用組合 本店・本所 農協・信用金庫 支店・支所 フリガナ 種 目 / 普通・当座 名 義 人 口座番号 /		
添付書類	<input type="checkbox"/> 支給対象者の死亡を証明する書類 <input type="checkbox"/> 支給対象者との続柄を証明する書類（住民票等） <input type="checkbox"/> その他		

第 7 号様式（第 1 4 条関係）

伊勢原市福祉給付金未支給金支給決定通知書

年 月 日	
様	
伊勢原市長 印	
<p>年 月 日付けで申出のありました福祉給付金の未支給金の支給について 次のとおり決定しましたので通知します。</p>	
決 定 区 分	<input type="checkbox"/> 支給します <input type="checkbox"/> 支給しません
死亡した対象者	住 所 伊勢原市
	氏 名
未支給金の額	円（ 年 月分～ 年 月分）
未支給金を支給 しない理由	

第 8 号様式（第 1 6 条関係）

伊勢原市福祉給付金現況届

伊勢原市長 殿	年 月 日 届出者（支給対象者） 住所 _____ 氏名 _____ ㊟ 電話 _____
次のとおり現況を届け出します。 なお、届出事項の確認のため、対象者の市民税・県民税の課税状況、住民基本台帳の登録状況について、市長が関係機関に報告を求めることに同意します。	
決 定 番 号	第 号
昨 年 の 所 得	<input type="checkbox"/> 有 前年の所得を証明できる書類を添付してください。 （所得証明書・確定申告書の写し・源泉徴収票） <input type="checkbox"/> 無
現況の変更有無	<input type="checkbox"/> 現況に変更があります <input type="checkbox"/> 現況に変更はありません

現況に変更のある方が、変更の内容についてのみ記入してください。

氏 名 の 変 更	新たな氏名 【 _____ 】 変更した日 【 _____ 年 月 日 】
住 所 の 変 更	新たな住所 【 _____ 】 変更した日 【 _____ 年 月 日 】
生 活 保 護 の 受 給	受給開始年月日 【 _____ 年 月 日 】
公 的 年 金 の 受 給	公的年金名称 【 _____ 】 受給開始年月日 【 _____ 年 月 日 】
老 人 ホ ー ム 入 所	施設名称 【 _____ 】 入所年月日 【 _____ 年 月 日 】
障 害 程 度 の 変 更	変更内容 【 _____ 】 変更年月日 【 _____ 年 月 日 】

