

## 各務原市移動支援事業実施要綱

(平成18年9月29日決裁)

(趣旨)

第1条 この要綱は、各務原市地域生活支援事業実施規則（平成18年規則第71号。以下「規則」という。）第2条第1項第9号に規定する移動支援事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 事業の対象者は、規則第5条の要件を満たす者のうち、屋外での移動に著しい制限があるため、市長が外出に支援が必要であると認めた障害者及び障害児（以下「障害者等」という。）とする。ただし、障害者等が障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第5条に規定する障害福祉サービスのうち重度訪問介護、行動援護又は重度障害者包括支援を受けている場合は、事業の対象外とする。

(事業)

第3条 事業は、原則として1日の範囲内で用務を終えるもので、次に掲げる障害者等の外出時における個別移動支援により行うものとする。

- (1) 公的機関等における手続及び相談、冠婚葬祭等社会生活上必要不可欠な外出
- (2) 余暇活動等社会参加のために市長が必要と認める外出

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する外出は、原則として事業の対象外とする。

- (1) 通勤、営業活動等の経済活動に係る外出
- (2) 通年、かつ、長期の外出
- (3) 法の規定による介護給付費の対象となる通院介助が受けられる通院のための外出
- (4) その他市長が社会通念上適当でないと認める外出

3 市長は、事業を適切な事業運営を行うことができると認められる社会福祉法人その他の団体（以下「事業者」という。）に行わせるものとする。

(利用の申請)

第4条 事業を利用しようとする障害者等又はその保護者（以下「申請者」という。）は、各務原市地域生活支援事業利用（変更）申請書（様式第1号）に必要な書類を添付して、市長に提出しなければならない。

(利用の決定及び却下)

第5条 市長は、前条の申請書を受理したときは、速やかに申請内容を審査し、利用の可否を決定し、申請者に各務原市地域生活支援事業利用決定（却下）通知書（様式第2号）により通知するものとする。

(利用者負担)

第6条 事業の利用の決定を受けた者（以下「利用者」という。）又はその保護者は、事業に要する費用の一部（以下「利用者負担金」という）を事業者に直接支払わなければならない。

2 利用者負担金の額は、別表に定める基準額の100分の10に相当する額とする。

(事業者への支払)

第7条 市長は、利用者が事業者から第5条の利用の決定に基づく事業に係るサービスを受けたときは、事業に要した費用から前条の規定による利用者負担金の額を控除した額を事業者に支払うものとする。

2 事業者は、事業を実施した翌月10日までに、各務原市地域生活支援事業費請求書（様式第3号）に必要な書類を添付して市長に費用の請求をするものとする。

(特例給付費の支給)

第8条 規則第12条に規定する地域生活支援給付の支給を受けようとする者又はその保護者（以下「特例給付費申請者」という。）は、各務原市地域生活支援特例（高額）給付費支給申請書（様式第4号）に必要な書類を添付して、市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに申請内容を審査し、支給の可否を決定し、特例給付費申請者に各務原市地域生活支援特例（高額）給付費支給決定通知書（様式第5号）により通知するものとする。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施について必要な事項は、市長が定める。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

附 則（平成22年4月1日決裁）

この要綱は、決裁の日から施行する。

附 則（平成25年4月1日決裁）

この要綱は、決裁の日から施行する。

附 則（平成27年12月28日決裁）

この要綱は、平成28年1月1日から施行する。

附 則（平成28年3月31日決裁）

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

別表（第6条関係）

区 分	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1.5時間未満	以後30分ご との加算額
身体介護を伴 う場合	2,300円	4,000円	5,800円	820円
身体介護を伴 わない場合	800円	1,500円	2,250円	750円

備考

- 1 この表において「身体介護を伴う場合」とは、移動支援事業に係るサービスを行う際に実施に身体介護を行ったか否かではなく、日常生活において身体介護が必要な者に対して移動支援事業に係るサービスの提供時にも当然に身体介護を行うことが想定される場合をいう。
- 2 同時に2人の従事者が1人の利用者に対して移動支援事業に係るサービスを行ったときは、それぞれの従事者が行うサービスにつき利用に係る費用を算定する。
- 3 早朝（午前6時から午前8時までの間をいう。）又は夜間（午後6時から午後10時までの間をいう。）に移動支援事業に係るサービスを行った場合は1回につきこの表により算定した額にその100分の25に相当する額を加算し、深夜（午後10時から午前6時までの間をいう。）に移動支援事業に係るサービスを行った場合は1回につきこの表により算定した額にその100分の50に相当する額を加算する。

様式第 1 号（第 4 条関係）

各務原市地域生活支援事業利用（変更）申請書

（宛先）各務原市長

次のとおり申請します。

以下の申請内容について、市が利用者負担額の認定に必要な私の世帯の所得（収入）情報・市町村民税の課税情報について、調査・閲覧することに同意します。また、サービス利用に係る（利用者負担分を除く。）費用については、サービス事業所が各務原市から代理受領することに同意します。

申請年月日 年 月 日 氏名 印

利用者（申請者）氏名	生年月日	年齢	住所 〒 -
個人番号：	・ ・	歳	電話（ ） -
身体障害者手帳（ 級） 第 号	療育手帳（ ） 第 号		精神障害者保健福祉手帳（ 級） 第 号
保護者（児童の場合）	生年月日	続柄	
個人番号：	・ ・		
申請サービス名称	利用時間 回数／月	申請理由	
特記事項			
障害福祉サービス利用状況		介護保険認定・利用状況	
期間	期間		

●利用者（申請者）の世帯は、下記のとおりです。

続柄	氏名	生年月日	備考
本人		. .	
		. .	
		. .	
		. .	
		. .	

●利用者（申請者）の世帯は、下記の世帯（A・B・C・Dのいずれかに○をつけてください。）に属します。

- A 生活保護受給世帯
- B 市町村民税 非課税世帯
- C 市町村民税 課税世帯で所得割額の合計額が16万円未満
- D 市町村民税 課税世帯で所得割額の合計額が16万円以上

代理申請者

ふりがな		関係	
氏名			
住所	〒 —  電話番号（ ） —		

年 月 日

様

各務原市長

## 各務原市地域生活支援事業利用決定（却下）通知書

下記のとおり決定（却下）しましたので通知します。

### 記

氏名

支給決定日

利用者負担上限額

サービスの種類

#### （教示）

- この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、各務原市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、各務原市を被告として（訴訟において各務原市を代表する者は、各務原市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。

## 各務原市地域生活支援事業費請求書

(請求先) 各務原市長

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

内 訳	年	月分		
	事業名	明細書件数	金額	
	合	計		

上記のとおり請求します。

年 月 日

事業所番号										
請求事業者	住所 (所在地)									
	電話番号									
	名称									
	職・氏名									

各務原市地域生活支援特例（高額）給付費支給申請書

各務原市長 宛

次のとおり関係書類を添えて地域生活支援特例(高額)給付費の支給を申請します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		申請理由	①複数の事業所でサービスを利用し合計支払額が上限月額を超過した																		
申請者氏名 (*児童の場合は保護者名)	印		②同一世帯の複数障がい者(児)がサービスを受け合計支払額が世帯の上限月額を超過した																		
生年月日	年 月 日	個人番号:	③その他( )																		
居住地	〒										受給者証番号・被保険者証番号										
フリガナ											続柄										
支給決定に係る障がい児氏名											生年月日	年 月 日									
サービス利用月の世帯における対象費用の支払合計額	円										申請に係るサービス利用月	年 月分									
サービス利用月の申請者の対象費用の支払合計額	円																				
同一世帯に属する他の	氏名	生年月日										受給者証番号・被保険者証番号									
	個人番号:																				
	個人番号:																				
	個人番号:																				

(注1) 支払額を証する領収書を添付してください。

(注2) 世帯範囲の特例の適用を受けている場合は、その世帯範囲で申請してください。

(注3) 申請者と同一世帯の他の支給決定障害者等全員分の申請書を併せて提出してください。

地域生活支援特例(高額)給付費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振替依頼書	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号									
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他										
	フリガナ												
	口座名義人												

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)									
フリガナ										
氏名	申請者との関係									
住所	〒									
	電話番号									



各務原市地域生活支援特例（高額）給付費支給決定通知書

第 号  
年 月 日

申請者 住所 各務原市

氏名 様

各務原市長 印

年 月 日に申請のありました地域生活支援特例(高額)給付費の支給について各務原市地域生活支援事業実施規則第12条に基づき下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支給決定障がい者 (保護者) 氏名											
支給決定に係る 障がい児 氏名	受給者 証番号										
支給決定に係る 障がい児 氏名	受給者 証番号										

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
本人支払額	円	申請に係る サービス利用月	年 月分
支 給	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない	支 給 金 額	円
不支給の理由			

振込先	金融機関										
	口座種目										
	口座番号										
	口座名義人										

(教示)

- この決定に不服がある場合は、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、各務原市長に対して審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。
- この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、各務原市を被告として（訴訟において各務原市を代表する者は、各務原市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。