

各務原市訪問入浴サービス事業実施要綱

(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2項第1号に規定する訪問入浴サービス事業(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 事業の対象となる者は、規則第5条に規定する障害者又は成人と同様の体格で、ホームヘルプサービス等のサービスを利用しての入浴が困難な障害児(以下これらを「障害者等」という。)で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者又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)第4条第1項の治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者
- (2) 医師から入浴することの許可を受けている者
- (3) 介護保険法(平成9年法律第123号)に基づく要介護認定及び要支援認定と判定されていない者

(事業)

第3条 事業は、障害者等の居宅を訪問し、浴槽(障害者等が入浴に適したもの)を提供して入浴の介護サービスを行うものとする。

- 2 事業の利用回数は、原則として1週間に2回を限度とする。ただし、市長が特に必要と認めたときは、この限りでない。
- 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者又はその保護者(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)に健康診断書(様式第2号)その他必要な書類を添付して、市長に申請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3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。）を事業者を支払わなければならない。

2 利用者負担金の額は、別表のとおりとする。

（請求）

第7条 事業者は、第5条の利用の決定に基づく事業に係るサービスを実施したときは、別に定める基準額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を実施した翌月の10日までに、市長に請求するものとする。

（その他）

第8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

この要綱は、平成18年10月1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)

税額等による階層区分			1回当たりの負担額
A	生活保護法(昭和25年法律第144号)第6条第1項に規定する被保護者		0円
B	当該年度分の市町村民税が非課税の者(A階層に該当する者を除く。)		0円
C1	前年分の所得税が非課税の者(A階層又はB階層に該当する者を除く。)	当該年度分の市町村民税のうち均等割のみ課税の者	50円
C2		当該年度分の市町村民税のうち所得割が課税の者	100円
		前年分の所得税額の年額区分	
D1	前年分の所得税が課税の者(A階層又はB階層に該当する者を除く。)	0円 ~ 30,000円	150円
D2		30,001円 ~ 80,000円	200円
D3		80,001円 ~ 140,000円	250円
D4		140,001円 ~ 280,000円	350円
D5		280,001円 ~ 500,000円	500円
D6		500,001円 ~ 800,000円	650円
D7		800,001円 ~ 1,160,000円	850円
D8		1,160,001円 ~ 1,650,000円	1,050円
D9		1,650,001円 ~ 2,260,000円	1,250円
D10		2,260,001円 ~ 3,000,000円	1,500円
D11		3,000,001円 ~ 3,960,000円	1,750円
D12		3,960,001円 ~ 5,030,000円	2,000円
D13		5,030,001円 ~ 6,270,000円	2,300円
D14		6,270,001円 以上	介護給付費等基準額

備考 身体障害者又はその扶養義務者(身体障害者と同一の世帯に属し、かつ、生計を同じくすると認められる配偶者又は子(身体障害者が20歳未満の場合においては、配偶者、父母又は子)のうち、市町村民税又は所得税の税額が最も高いものに限る。)が負担すべき額は、それぞれ税額等による階層区分に応じ、負担額の欄に掲げる額とする。

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。