

静岡市移動支援利用費・日中一時支援費助成要綱

(趣旨)

第1条 静岡市は、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。以下「法」という。）第77条1項8号の移動支援事業として、屋外等での移動が困難な障害者又は障害児（法第4条第1項に規定する障害者及び同条第2項に規定する障害児をいう。以下「障害者等」という。）に対し、移動支援（外出時における移動中の支援をいう。以下同じ。）の利用に要する費用（以下「移動支援利用費」という。）の一部を助成するとともに、法第77条第3項に規定する障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むために必要な事業として、日中において行う一時的な見守りその他の支援（以下「日中一時支援」という。）を必要とする障害者等に対し、日中一時支援に要する費用（以下「日中一時支援費」という。）の一部を助成するものとし、その助成に関しては、この要綱の定めるところによる。

(対象者)

第2条 移動支援利用費の助成を受けることができる者は、市内に住所を有する障害者等（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第7条に規定する児童福祉施設、法第5条第12項に規定する障害者支援施設又はこれらに類する施設として市長が認める施設に入所（通所を除く。）するものを除く。）及び市外に住所を有する障害者等（市外にある法第5条第10項に規定する施設入所支援又は同条第16項に規定する共同生活援助を行う住居その他これらに類する住居として市長が認める住居に入居しているものに限る。）であって、次のいずれかに該当するもののうち、移動支援の利用が必要であると市長が認めるものとする。

- (1) 身体障害者手帳所持者のうち、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号に規定する障害の級別が1級である肢体不自由の障害（上肢及び下肢のいずれにも障害があるもの（以下「全身性」という。）に限る。）があるものであって、かつ、次の全てに該当するもの
 - ア 知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）にいう知的障害者又は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5条に規定する精神障害者でないもの
 - イ 地域生活又は社会参加の意向を有し、日常生活に必要な判断の能力を有するもの
 - ウ セルフマネジメントによりサービス提供事業者に対し自身に係る個々の支援内容を自ら指示できると市長が認めるもの
- (2) 療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日付け厚生省発児第156号事務次官通達）による療育手帳の交付を受けている者（以下「療育手帳所持者」という。）又はこれと同等の障害を

有すると市長が認める者であって、単独で外出することが困難であると市長が認めるもの

(3) 法第4条第1項に規定する精神障害者であって、単独で外出することが困難であると市長が認めるもの

2 日中一時支援費の助成を受けることができる者は、市内に住所を有する障害者等であって、日中一時支援が必要であると市長が認めるものとする。

(事業者の登録)

第3条 市長は、この要綱による事業の趣旨に賛同し、これに協力しようとする事業者であって、別表第1に掲げる要件に該当するものを登録する。

(登録の手続等)

第4条 前条に規定する事業者の登録を受けようとする者は、あらかじめサービス提供事業者登録(内容変更)申請書(様式第1号)を市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の申請書の提出を受けた場合において適当と認めるときは、申請者にサービス提供事業者登録通知書(様式第2号)を交付するものとする。

3 前条の規定により登録を受けた事業者(以下「登録事業者」という。)は、登録に係る事業を廃止し、休止し又は再開しようとするときは、サービス提供事業者事業廃止・休止・再開届出書(様式第3号)を市長に提出するものとする。

4 市長は、登録事業者が前条に規定する要件に該当しないこととなったときは、その登録を取り消すことができる。

(登録事業者等の責務)

第5条 登録事業者及び従業者(以下「登録事業者等」という。)は、その業務を行うに当たっては、障害者等の人権を尊重するとともに、当該障害者等の身上及び家族等の個人の情報その他業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

2 登録事業者等は、その業務を行うに当たっては、事故がないよう十分な注意を払うとともに、事故が生じたときは、速やかに市長に報告しなければならない。

(助成の内容等)

第6条 移動支援利用費の助成の対象となる時間数、内容及び期間は、次の表に掲げるところによる。

時間数	1月当たり25時間を基準とし市長が必要であると認める時間数。ただし、緊急の場合その他やむを得ないと市長が認める場合は、この限りでない。
-----	---

内容	<p>社会生活上必要不可欠な外出又は余暇活動等の社会参加のための外出であつて、次の各号のいずれにも該当しないものとし、1日の範囲内で用務を終えるものとする。</p> <p>(1) 通勤、営業活動等の経済活動に係る外出</p> <p>(2) 通学、通所等の通年かつ長期にわたる外出（通学及び通所にあつては、緊急の場合その他やむを得ないと市長が認める場合を除く。）</p> <p>(3) 社会通念上当該事業を利用することが適当でない外出</p>
期間	1年以内で市長が必要であると認める期間

2 日中一時支援費の助成の対象となる日数及び期間は、次の表に掲げるところによる。

日数	<p>1月当たり10日以内で市長が必要であると認める日数（利用時間が4時間以下である場合は4分の1日とし、4時間を超え8時間以下である場合は2分の1日とし、8時間を超える場合は4分の3日として日数を算定する。）とする。ただし、緊急の場合その他やむを得ないと市長が認める場合は、この限りでない。</p>
期間	1年以内で市長が必要であると認める期間

(利用費等の助成等)

第7条 市長は、移動支援利用費又は日中一時支援費（以下これらを「利用費等」という。）の助成の決定（以下「助成決定」という。）を受けた障害者等（以下「助成決定障害者等」という。）が、助成決定の有効期間内において、登録事業者から登録に係るサービスを受けたときは、当該助成決定障害者等に対し、当該利用費等を助成する。

2 移動支援のサービスを受けようとする助成決定障害者等は、登録事業者に移動支援利用費助成決定通知書兼利用者証（様式第4号）を、日中一時支援のサービスを受けようとする助成決定障害者等は、日中一時支援費助成決定通知書（様式第4号の2）を提示して当該サービスを受けるものとする。

3 助成の額は、第5項の規定により算定した当該サービスに要する費用の額の100分の90に相当する額（その額に1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額とする。以下同じ。）とする。ただし、助成決定障害者等が同一の月に受けた移動支援の利用及び日中一時支援に要する費用（以下「サービスに要する費用」という。）の合計額から当該サービスに要する費用の額の100分の90に相当する額の合計額を控除して得た額（以下「利用者負担額合計額」という。）が、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令（平成17年政令第10号。以下「政令」という。）第17条第1項に規定する負担上限月額を超えるときは、当該同一の月における助成の額は、当該サービスに要する費用の額から当該負担上限月額を

控除して得た額とする。

4 前項ただし書に規定するときにおける当該助成決定障害者等に係る利用者負担額合計額の管理（以下「利用者負担上限額管理」という。）は、政令第19条第1項に規定する指定障害福祉サービスに係る利用者負担上限額管理の例による。この場合において、移動支援利用費の助成に併せて日中一時支援費の助成を受けるときは、移動支援に係る登録事業者が優先して利用者負担上限額管理を行うものとする。

5 サービスに要する費用の額の算定は、次の表に掲げるところによるものとする。

移動支援に要する費用の額	市長が別に定める。
日中一時支援に要する費用の額	別表第2により算定した額とする。

6 第1項に規定する利用費等の助成は、当該利用費等の助成の額を登録事業者に支払うことにより行う。

7 前項の規定による支払があったときは、当該助成決定障害者等に対し、利用費等の助成があったものとみなす。

（助成の申請等）

第8条 利用費等の助成を受けようとする者は、地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等助成（変更）申請書兼世帯状況・収入申告書（様式第5号）を市長に提出するものとする。

2 市長は、移動支援利用費の助成の決定を行った場合は移動支援利用費助成決定通知書兼利用者証を、日中一時支援費の助成の決定を行った場合は日中一時支援費助成決定通知書を、助成の決定を行わない決定を行った場合は利用費等助成不決定通知書（様式第6号）を申請者に交付するものとする。

3 助成決定の内容の変更の申請は、地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等助成（変更）申請書兼世帯状況・収入申告書によるものとする。

4 移動支援利用費助成決定通知書兼利用者証又は日中一時支援費助成決定通知書の再交付の申請は、利用者証等再交付申請書（様式第7号）によるものとする。

（氏名又は住所等の変更の届出）

第9条 助成決定障害者等は、助成決定の有効期間内において、氏名を変更し、若しくは住所を変更し、又は助成決定障害者等に係る事項のうち軽微な内容の変更をしたときは、氏名・住所等変更届出書（様式第9号）を市長に提出するものとする。

(決定の取消し)

第10条 市長は、助成決定障害者等が次の各号のいずれかに該当するときは、助成決定を取り消すことができる。

- (1) 移動支援又は日中一時支援のサービスの利用を辞退したとき。
- (2) 第2条各号に掲げる者に該当しなくなったとき。
- (3) 偽りその他不正の手段により助成決定を受けたとき。
- (4) 法令若しくはこの要綱の規定に違反し、又はこれらの規定に基づく市長の指示に従わなかったとき。

2 市長は、前項の規定により助成決定を取り消したときは、地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等助成決定取消通知書（様式第9号）により助成決定障害者等に通知するとともに、移動支援利用費助成決定通知書兼利用者証又は日中一時支援費助成決定通知書の返還を求めるものとする。

(助成額の請求)

第11条 登録事業者は、登録に係るサービスを提供した月ごとに取りまとめ、翌月10日までに、市長に請求するものとする。

2 前項の請求は、次に掲げる書面により行うものとする。

- (1) 地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等請求書（様式第10号）
- (2) 地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等明細書（様式第11号）
- (3) 移動支援サービス提供実績記録票（様式第12号）
- (4) 日中一時支援サービス提供実績記録票（様式第13号）

3 市長は、前項の規定による請求があったときは、その内容を審査した上で、適当と認めるときは、請求のあった月の翌月末日までに支払うものとする。

(利用者負担上限額管理に係る手続)

第12条 利用者負担上限額管理を行う場合は、助成決定障害者等は、利用者負担上限額管理を依頼する登録事業者（以下「上限額管理事業者」という。）について移動支援・日中一時支援利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書（様式第14号）に移動支援利用費助成決定通知書兼利用者証及び日中一時支援費助成決定通知書を添えて市長に届け出るものとする。

2 上限額管理事業者を変更するときは、移動支援・日中一時支援利用者負担上限額管理事務依頼（変更）届出書（様式第14号）に移動支援利用費助成決定通知書兼利用者証及び日中一時支援費助成決定通知書を添えて市長に届け出るものとする。

3 第1項の場合において、当該利用者負担上限額管理に係る助成決定障害者等について上限

額管理事業者にならなかった登録事業者は、毎月3日までに、上限額管理事業者に移動支援・日中一時支援利用者負担額一覧表（様式第15号）を提出するものとする。

- 4 上限額管理事業者は、毎月6日までに移動支援・日中一時支援利用者負担上限額管理結果票（様式第16号）を作成し、当該登録事業者に送付するものとする。

（助成額の返還）

第13条 市長は、利用費等の助成に当たり、偽りその他不正な手段により助成額を請求し、その受領をしたものに対し、当該助成した額の全部又は一部を返還させるものとする。

（雑則）

第14条 この要綱に定めるもののほか、利用費等の助成に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

（静岡市日中一時支援費助成要綱及び静岡市移動介護利用費助成要綱の廃止）

- 2 静岡市移動介護利用費助成要綱（平成18年10月1日施行）及び静岡市日中一時支援費助成要綱（平成18年10月1日施行）（以下これらを「旧要綱」という。）は、廃止する。

（助成決定障害者等に関する経過措置）

- 3 この要綱の施行の日（以下「施行日」という。）の前日において現に旧要綱の規定により移動介護及び日中一時支援の助成決定を受けている障害者等については、施行日に、当該助成決定の内容により、第8条第2項の規定による助成の決定を受けたものとみなす。

- 4 施行日の前日までに、旧要綱の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの要綱の相当規定によりなされたものとみなす。

- 5 施行日の前日までの利用に係る移動介護利用費又は日中一時支援費の支給については、なお従前の例による。

- 6 この要綱の施行の際、現に旧要綱の様式により提出されている文書は、この要綱の相当様式により提出された文書とみなす。

- 7 この要綱の施行の際、現に旧要綱の様式により作成されている文書は、当分の間調製して使用することができる。

（負担上限月額経過措置）

- 8 第7条第3項ただし書の規定にかかわらず、平成19年4月1日から平成19年6月30日までの間は、利用者負担額合計額が政令第17条第1項に規定する負担上限月額を超えるときの当該同一の月における助成の額は、当該月に受けた移動介護及び日中一時支援に要する費用の

合計額から次の表に掲げる額を控除して得た額とする。

資産要件 所得区分	次の各号のいずれにも該当している場合 (1) 申請者の属する世帯に属する者が、一定の不動産以外の固定資産を有さないこと。 (2) 申請者の属する世帯に属する者の預貯金等の額が次の表の基準額以下であること。		左記以外
	基準額	申請者の属する世帯が単身世帯である者 申請者の属する世帯が2人以上の世帯である者	
	預貯金等額	500万円 1,000万円	
	(3) 申請者の属する世帯に属する者が社会通念上、軽減措置の対象とするに不適切と考えられる資産を保有していないこと。		
生活保護		0円	0円
低所得1		3,750円	15,000円
低所得2		6,150円	24,600円
一般	市町村民税所得割額 10万円未満	9,300円	37,200円
	市町村民税所得割額 10万円以上	37,200円	
(注) 一定の不動産、預貯金等の範囲については、指定障害福祉サービス等に係る個別減免に関する認定の際の基準と同様とする。			

- 9 第7条第3項ただし書の規定にかかわらず、平成19年7月1日から平成20年6月30日までの間は、利用者負担額合計額が政令第17条第1項に規定する負担上限月額を超えるときに当該同一の月における助成の額は、当該月に受けた移動介護及び日中一時支援に要する費用の合計額から次の表に掲げる額を控除して得た額とする。

資産要件 所得区分	次の各号のいずれにも該当している場合 (1) 申請者の属する世帯に属する者が、一定の不動産以外の固定資産を有さないこと。 (2) 申請者の属する世帯に属する者の預貯金等の額が次の表の基準額以下であること。		左記以外
	基準額	申請者の属する世帯が単身世帯である者 申請者の属する世帯が2人以上の世帯である者	
	預貯金等額	500万円 1,000万円	
	(3) 申請者の属する世帯に属する者が社会通念上、軽減措置の対象とするに不適切と考えられる資産を保有していないこと。		
生活保護		0円	0円
低所得1		3,750円	15,000円
低所得2		6,150円	24,600円
一般	市町村民税所得割額 16万円未満	9,300円	37,200円
	市町村民税所得割額 16万円以上	37,200円	
(注) 一定の不動産、預貯金等の範囲については、指定障害福祉サービス等に係る個別減免に関する認定の際の基準と同様とする。			

10 第7条第3項ただし書の規定にかかわらず、平成20年7月1日から平成21年6月30日までの間は、利用者負担額合計額が政令第17条第1項に規定する負担上限月額を超えるときに当該同一の月における助成の額は、当該月に受けた移動支援及び日中一時支援に要する費用の合計額から次の表に掲げる額を控除して得た額とする。

資産要件	次に掲げる条件のすべてを満たしている場合		左記以外				
	<p>(1) 申請者の属する世帯に属する者が一定の不動産以外の固定資産を有さないこと。</p> <p>(2) 申請者の属する世帯に属する者の預貯金等の額が次の表に掲げる額以下であること。</p> <table border="1"> <tr> <td></td> <td>申請者の属する世帯が単身世帯である場合(障害者にあつては、申請者の属する世帯に当該申請者の配偶者がいない場合)</td> <td>申請者の属する世帯が2人以上の世帯である場合(障害者にあつては、申請者の属する世帯に当該申請者の配偶者がいる場合)</td> </tr> <tr> <td>預貯金等額</td> <td>500万円</td> <td>1,000万円</td> </tr> </table>				申請者の属する世帯が単身世帯である場合(障害者にあつては、申請者の属する世帯に当該申請者の配偶者がいない場合)	申請者の属する世帯が2人以上の世帯である場合(障害者にあつては、申請者の属する世帯に当該申請者の配偶者がいる場合)	預貯金等額
	申請者の属する世帯が単身世帯である場合(障害者にあつては、申請者の属する世帯に当該申請者の配偶者がいない場合)	申請者の属する世帯が2人以上の世帯である場合(障害者にあつては、申請者の属する世帯に当該申請者の配偶者がいる場合)					
預貯金等額	500万円	1,000万円					
所得区分	(3) 申請者の属する世帯に属する者が社会通念上、軽減措置の対象とするには不適切であると市長が認める資産を保有していないこと。						
生活保護	0円		0円				
低所得1	1,500円		15,000円				
低所得2	3,000円		24,600円				
一般	障害者	市町村民税所得割額16万円未満	9,300円	37,200円			
		市町村民税所得割額16万円以上	37,200円				
	障害児	市町村民税所得割額28万円未満	4,600円				
		市町村民税所得割額28万円以上	37,200円				
(注) 一定の不動産、預貯金等の範囲については、指定障害福祉サービス等に係る個別減免に関する認定の際の基準と同様とする。							

- 11 第7条第3項ただし書の規定にかかわらず、平成21年7月1日から平成22年3月31日までの間は、利用者負担額合計額が政令第17条第1項に規定する負担上限月額を超えるときの当該同一の月における助成の額は、当該月に受けた移動支援及び日中一時支援に要する費用の合

計額から次の表に掲げる額を控除して得た額とする。

所得区分		負担上限額（月額）	
生活保護		0円	
低所得1		1,500円	
低所得2		3,000円	
一 般	障害者	市町村民税所得割額16万円未満	9,300円
		市町村民税所得割額16万円以上	37,200円
	障害児	市町村民税所得割額28万円未満	4,600円
		市町村民税所得割額28万円以上	37,200円

- 12 第7条第3項ただし書の規定にかかわらず、平成22年4月1日から平成26年3月31日までの間は、利用者負担額合計額が政令第17条第1項に規定する負担上限月額を超えるときの当該同一の月における助成の額は、当該月に受けた移動支援及び日中一時支援に要する費用の合計額から次の表に掲げる額を控除して得た額とする。

所得区分		負担上限額（月額）	
生活保護		0円	
低所得	低所得1	0円	
	低所得2	0円	
一 般	障害者	市町村民税所得割額16万円未満	9,300円
		市町村民税所得割額16万円以上	37,200円
	障害児	市町村民税所得割額28万円未満	4,600円
		市町村民税所得割額28万円以上	37,200円

附 則

この要綱は、平成19年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年10月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

別表第1（第3条関係）

1 移動支援サービス提供事業者

事業者の要件	施行日以降において法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者の指定を受けている者のうち居宅介護、重度訪問介護、行動援護、同行援護又は重度障害者等包括支援の提供を行うもの
--------	---

従業者の資格に関する要件	事業者は、移動支援の事業を行う事業所ごとに、次の表に掲げる移動の支援を利用する障害者等の区分に応じて、同表に掲げる資格を有する従業者（移動の介護の提供に当たる者をいう。以下同じ。）のいずれかを配置し、移動の支援の業務に従事させること。
--------------	---

	資格	全身性障害者移動介護従業者養成研修修了者	知的障害者移動介護従業者養成研修修了者	実務者研修修了者	居宅介護職員初任者研修修了者	障害者居宅介護従業者基礎研修修了者	日常生活支援従業者養成研修修了者	重度訪問介護従業者養成研修基礎課程修了者	行動援護従業者養成研修修了者	介護福祉士	介護職員初任者研修修了者	保健師	看護師又は准看護師	その他市長が認めた資格を有する者及び研修を終了した者
障害者等														
全身性障害者 (児)		○		○	○	○	○	○		○	○	○	○	○
知的障害者 (児)			○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○
精神障害者 (児)			○	○	○	○		○	○	○	○	○	○	○

(注) 上の表の資格欄の用語の定義は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 全身性障害者移動介護従業者養成研修修了者 「指定居宅介護及び基準該当居宅介護の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」(平成15年厚生労働省告示第110号)。以下「15年告示」という。)における「全身性障害者移動介護従業者養成研修課程」を修了し、当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者をいう。
- (2) 知的障害者移動介護従業者養成研修修了者 15年告示における「知的障害者移動介護従業者養成研修課程」を修了し、当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者をいう。
- (3) 実務者研修修了者 「指定居宅介護等の提供に当たる者として厚生労働大臣が定めるもの」平成18年9月29日厚生労働省告示第538号。(以下「厚生労働省告示」という。)第1条第2号に規定する者をいう。
- (4) 居宅介護職員初任者研修修了者 厚生労働省告示第1条第3号に規定する者をいう。
- (5) 障害者居宅介護従業者基礎研修修了者 厚生労働省告示第1条第4号に規定する者をいう。
- (6) 日常生活支援従業者養成研修修了者 15年告示における「日常生活支援従業者養成研修課程」を

	<p>修了し、当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者をいう。</p> <p>(7) 重度訪問介護従業者養成研修基礎課程修了者 厚生労働省告示第1条第5号に規定する者（告示別表第2に定める内容以上の研修を修了した場合に限る。）をいう。</p> <p>※ 知的、精神分野については、障害種別に特化した研修を修了した者に限る。</p> <p>(8) 行動援護従業者養成研修修了者 厚生労働省告示第1条第7号に規定する者をいう。</p> <p>(9) 介護福祉士 社会福祉士及び介護福祉士法（昭和62年法律第30号）に規定する介護福祉士をいう。</p> <p>(10) 介護職員初任者研修修了者 介護保険法施行規則第22条の23第1項における「介護職員初任者研修課程」を修了し、当該研修を修了した旨の証明書の交付を受けた者をいう。</p> <p>(11) 保健師 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）に規定する保健師をいう。</p> <p>(12) 看護師又は准看護師 保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）に規定する看護師又は准看護師をいう。</p>
サービス提供責任者の要件	<p>事業者は、移動支援の事業を行う事業所ごとに常勤の従業者であって移動の支援の業務に従事するものうちから1人以上のサービス提供責任者を置かなければならない。</p>
事業所の管理者の配置要件	<p>事業者は、移動支援の事業を行う事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、事業所の管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</p>

2 日中一時支援サービス提供事業者

事業者の要件	<p>1 施行日以降において、法第29条第1項の指定障害福祉サービス事業者の指定を受けている者のうち短期入所、生活介護、療養介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援又は児童福祉法(昭和22年法律第164号)第21条の5の3の指定障害児通所支援事業の指定を受けている者のうち児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービスの提供を行うこと。</p> <p>2 静岡市地域活動支援センター運営費補助金交付要綱（平成21年4月1日施行）に基づく補助金の交付決定を受けていること。</p>
サービス提供責任者の要件	<p>事業者は、日中一時支援を行う事業所ごとに常勤の従業者であって日中一時支援の業務に従事するものうちから1人以上のサービス提供責任者を置かなければならない。</p>
事業所の管理者の配置要件	<p>事業者は、日中一時支援を行う事業所ごとに専らその職務に従事する常勤の管理者を置かなければならない。ただし、事業所の管理上支障がない場合は、当該事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。</p>
事業所の職	<p>事業者は、日中一時支援の事業を行う事業所ごとに利用者5人に対して1</p>

員の配置要件	人以上の従事する職員（サービス提供責任者又は管理者を含む。）を置かなければならない。
事業所の広さの要件	事業者は、事業の実施に必要なスペースを確保しなければならない。

別表第2（第7条関係）

日中一時 支援に要 する費用 の額	単位数表						
	サービスコード		サービス内容			算定単位	
	種類	項目	対象者	利用単位			
	97	1111	障害者	登録事業所	1 / 4日	169	単位
	97	1112		登録事業所	2 / 4日	338	単位
	97	1113		登録事業所	3 / 4日	506	単位
	97	1121	療養介護対 象者	医療機関である登録事業所	1 / 4日	691	単位
	97	1122		医療機関である登録事業所	2 / 4日	1,381	単位
	97	1123		医療機関である登録事業所	3 / 4日	2,072	単位
	97	1211	障害児	登録事業所	1 / 4日	156	単位
	97	1212		登録事業所	2 / 4日	312	単位
	97	1213		登録事業所	3 / 4日	467	単位
	97	1221	重症心身障 害児	医療機関である登録事業所	1 / 4日	691	単位
	97	1222		医療機関である登録事業所	2 / 4日	1,381	単位
	97	1223		医療機関である登録事業所	3 / 4日	2,072	単位
	97	1231	遷延性意識 障害者等	医療機関である登録事業所	1 / 4日	437	単位
	97	1232		医療機関である登録事業所	2 / 4日	874	単位
	97	1233		医療機関である登録事業所	3 / 4日	1,311	単位
	97	2000	食事提供体制加算			42	単位
	97	3000	送迎加算（片道）			54	単位
	97	4000	入浴加算			100	単位
	97	5010	利用者負担上限額管理加算			150	単位

(注)

- 日中一時支援に要する費用は、上記の表により算定した単位数に10円を乗じて得た額を月ごとに合計し、合計額に厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）第1号で定める地域区分ごとの短期入所の割合を乗じて得た額（その額に1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てた額）とする。
- 食事提供体制加算の認定は、政令第17条第1号に掲げる者のうち、法第5条第23項に規定する支給決定障害者等及び当該支給決定障害者等と同一の世帯に属する者（特定支給決定障害者（政令第17条第4号に規定する特定支給決定障害者をいう。以下この表において同じ。）にあっては、その配偶者に限る。）について法第29条第1項に規定する指定障害福祉サービス等のあった月の属する年度（当該指定障害福祉サービス等のあった月が4月から6月までの場合にあっては、前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含む。）の同法第292条第1項第2号に掲げる所得割（同法第328条の規定によって課する所得割を除く。）の額（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規則（平成18年厚生労働省令第19号）第26条の2に掲げる規定による控除をされるべき金額があるときは、当該金額を加算した額とする。）を合算した額が28万円未満（特定支給決定障害者にあっては、16万円未満）である者、政令第17条第2号から第4号までに掲げる者その他これらに準ずる者に対して、日中一時支援のサービス利用時間内に食事の提供を行った場合にするものとする。
- この表において「療養介護対象者」とは、次の各号に掲げる要件のいずれかに該当する者をいう。
 - 障害支援区分に係る市町村審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成26年厚生労働省令第5号。以下「省令」という。）第1条第7号に規定する区分に該当し、気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であること。
 - 省令第1条第6号又は第7号に規定する区分に該当し、進行性筋委縮症に罹患し

	<p>ている者又は重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している者であること。</p> <p>4 この表において「重症心身障害児」とは、重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複している障害児をいう。</p> <p>5 この表において「遷延性意識障害者等」とは、次の各号に掲げる要件のいずれかに該当する者をいう。</p> <p>(1) 省令第1条第2号から第7号までに規定する区分のいずれかに該当し、かつ、厚生労働大臣が定める基準（平成18年厚生労働省告示第236号）に規定する状態のうち5以上の状態に適合し、又はこれに準ずる状態の者であること。</p> <p>(2) 省令第1条第2号から第7号までに規定する区分のいずれかに該当し、かつ、医師により筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属すると診断されていること。</p> <p>(3) 障害児に係る厚生労働大臣が定める区分（平成18年厚生労働省告示第572号）に規定する区分1、区分2又は区分3のいずれかに該当し、かつ、厚生労働大臣が定める基準に規定する状態のうち5以上の状態に適合し、又はこれに準ずる状態の者であること。</p> <p>(4) 障害児に係る厚生労働大臣が定める区分に規定する区分1、区分2又は区分3のいずれかに該当し、かつ、医師により筋萎縮性側索硬化症等の運動ニューロン疾患の分類に属すると診断されていること。</p> <p>6 この表に規定する加算の要件は、次の各号に掲げる加算の区分に応じ、当該各号に定めるとおりとする。</p> <p>(1) 食事提供体制加算 日中一時支援の当該施設内の調理室を使用して調理し、提供されたもの（当該食事の提供に関する業務を第三者に委託する場合を含む。）について加算する。ただし、加算の回数は、1回のサービス提供につき1回を限度とする。</p> <p>(2) 入浴加算 日中一時支援の当該施設内の入浴サービス設備を利用して、入浴中の利用者の介助を行った場合1回につき所定の単位数を加算する。ただし、加算の回数は、1日につき1回を限度とする。</p> <p>(3) 送迎加算 日中一時支援登録事業所と居宅その他利用者の利便性を考慮し、利用者又はその保護者との協議により定めた場所との間の送迎を行った場合における片道の送迎サービス報酬について、所定の単位数を加算する。</p>
--	---

様式第1号（第4条関係）

サービス提供事業者登録（内容変更）申請書

年 月 日

（宛先） 静岡市長

所在地

届出者 名称

（設置者） 代表者氏名

㊟

次のとおり（内容変更）申請します。

提供サービスの種別（該当に○を付けてください。）	移動支援 ・ 日中一時支援	
事業所の名称		
事業所の所在地		
事業所の管理者氏名		
事業所の連絡先		
事業の開始の予定年月日		
都道府県の指定障害福祉サービスの種類		
都道府県の指定事業所番号		
営業日（営業時間）	（ ）	
通常の事業の実施地域		
提供対象とする障害者等の種別 （該当する□にレ点を付けてください。）	移動支援サービス提供事業者の場合	<input type="checkbox"/> 身体障害者（全身性） <input type="checkbox"/> 身体障害児（全身性） <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害児
	日中一時支援サービス提供事業者の場合	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害児 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害児 <input type="checkbox"/> 療養介護対象者 <input type="checkbox"/> 重症心身障害児 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害者 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害児
加算に係る対象施設の種別 該当する□にレ点を付けてください。）	日中一時支援サービス提供事業者	<input type="checkbox"/> 食事提供体制加算対象施設 <input type="checkbox"/> 入浴加算対象施設 <input type="checkbox"/> 送迎加算対象施設
サービス提供責任者の氏名		
サービス提供責任者の資格	介護福祉士・ヘルパー（ 級）・（ ）	
サービス提供従業者数	人	
利用料とその他の費用		

（注）

- 1 加算対象に該当する施設は、入浴加算対象施設の場合は平面図・写真、送迎加算対象施設の場合は自動車検査証の写しを添付してください。
- 2 移動支援事業を提供する事業者については、サービス提供責任者及び従業者の資格を証明する書面を添付してください。
- 3 日中一時支援事業を提供する事業者については、管理者及び従業者の資格を証明する書面及び法人の定款の写しを添付してください。

様式第2号（第4条関係）

サービス提供事業者登録通知書

第 号

年 月 日

様

静岡市長 氏 名 印

次のとおり登録したので通知します。

当該登録の内容に変更があった場合には、速やかに届け出てください。

登録提供サービスの種別		移動支援 ・ 日中一時支援
事業者	名称	
	所在地	
	代表者氏名	
登録事業所番号		
登録事業所の名称		
登録事業所の所在地		
提供対象とする障害者等の種別	移動支援サービス提供事業者の場合	<input type="checkbox"/> 身体障害者（全身性） <input type="checkbox"/> 身体障害児（全身性） <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害児 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害児
	日中一時支援サービス提供事業者の場合	<input type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 身体障害児 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害児 <input type="checkbox"/> 療養介護対象者 <input type="checkbox"/> 重症心身障害児 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害者 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害児
日中一時支援事業の提供加算に係る対象施設の種別		<input type="checkbox"/> 食事提供体制加算対象施設 <input type="checkbox"/> 入浴加算対象施設 <input type="checkbox"/> 送迎加算対象施設
適用年月日		
備考		

様式第3号（第4条関係）

サービス提供事業者事業廃止・休止・再開届出書

年 月 日

（宛先）静岡市長

所在地

届出者 名称

（設置者）

代表者氏名

㊟

次のとおり届け出ます。

登録提供サービスの種別	移動支援 ・ 日中一時支援
届出内容（該当に○を付けてください。）	廃止 ・ 休止 ・ 再開
登録事業所番号	
登録事業所の名称	
登録事業所の所在地	
廃止・休止・再開年月日	年 月 日
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日
廃止・休止の理由	
現に事業を利用している者に対する措置（廃止又は休止をした場合のみ記入してください。）	

様式第4号（第7条・第8条関係）

移動支援利用費助成決定通知書兼利用者証

第 号

年 月 日

様

静岡市長 氏 名 印

次のとおり決定したので通知します。

受給者番号		利用障害者（児）氏名 （生年月日）	
助成決定日		（児童の場合）保護者氏名	
助成決定内容	時間／月 <input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし	利用者負担上限月額	円
決定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
利用者負担上限 額管理事業所名	（ 年 月 日届出）		
	（ 年 月 日変更）		
	（ 年 月 日変更）		
備 考			

利用者証

契約締結、契約内容変更、提供終了による契約支給量等の報告書（事業所記載）

事業所番号	事業所の名称	契約 支給量 (h/月)	契約日	提供終了日	提供終了月中の終了 日までの既提供量 (h/月)

(注)

- 1 助成の決定を受けた方は、この助成決定通知書兼利用者証を移動支援サービス提供事業所に提示し、利用契約をしてください。また、契約内容の変更、利用の終了の場合もこの通知書を事業所に提示してください。
- 2 利用契約をした事業所は、契約締結、契約内容変更、提供終了による契約支給量等について上記報告書に記載し、この決定通知書兼利用者証の写しを提出してください。

様式第4号の2 (第7条・第8条関係)

日中一時支援利用費助成決定通知書

第 号

年 月 日

様

静岡市長 氏 名 印

次のとおり決定したので通知します。

受給者番号		利用障害者(児)氏名 (生年月日)	
助成決定日		(児童の場合)保護者氏名	
助成決定内容	日/月	医療機関の利用	
利用者負担上限月額		食事提供加算	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
決定有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
利用者負担上限 額管理事業所名	(年 月 日届出)		
	(年 月 日変更)		
	(年 月 日変更)		
備 考			

(注)

- 1 助成の決定を受けた方は、この通知書を日中一時支援サービス提供事業所に提示し、利用してください。
- 2 日中一時支援サービス提供事業所は、この通知書の提示を受けたときは、別紙日中一時支援事業者実績記入欄に利用実績を記載してください。

別紙

日中一時支援事業者実績記入欄

番号	事業者及びその 事業所の名称	実施日	日数	月累計	備考	事業者 確認印
1		年 月 日	/4	日		
2		年 月 日	/4	日		
3		年 月 日	/4	日		
4		年 月 日	/4	日		
5		年 月 日	/4	日		
6		年 月 日	/4	日		
7		年 月 日	/4	日		
8		年 月 日	/4	日		
9		年 月 日	/4	日		
10		年 月 日	/4	日		
11		年 月 日	/4	日		
12		年 月 日	/4	日		
13		年 月 日	/4	日		
14		年 月 日	/4	日		
15		年 月 日	/4	日		
16		年 月 日	/4	日		
17		年 月 日	/4	日		
18		年 月 日	/4	日		
19		年 月 日	/4	日		
20		年 月 日	/4	日		
21		年 月 日	/4	日		
22		年 月 日	/4	日		
23		年 月 日	/4	日		
24		年 月 日	/4	日		
25		年 月 日	/4	日		
26		年 月 日	/4	日		
27		年 月 日	/4	日		
28		年 月 日	/4	日		
29		年 月 日	/4	日		
30		年 月 日	/4	日		
31		年 月 日	/4	日		
32		年 月 日	/4	日		
33		年 月 日	/4	日		
34		年 月 日	/4	日		
35		年 月 日	/4	日		

地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等助成（変更）申請書
兼世帯状況・収入申告書

年 月 日

（宛先）静岡市長

申請者（保護者） 住所

氏名

電話番号

次のとおり（変更）申請します。

新規・継続・変更

サービス利用者	フリガナ		生年	明治 大正	年 月 日	
	氏 名		月 日	昭和 平成		
	受給者番号等	移動支援に係る受給者番号				
		日中一時支援に係る受給者番号				
		障害福祉サービス受給者番号				
	移動支援利用者の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者・児（視覚・全身性） <input type="checkbox"/> 知的障害者・児 <input type="checkbox"/> 精神障害者・児 障害の原因である疾病名（全身性に限る）： <input type="checkbox"/> 身体介護を伴う <input type="checkbox"/> 身体介護を伴わない				
日中一時支援利用者の状況	<input type="checkbox"/> 身体障害者・児 <input type="checkbox"/> 知的障害者・児 <input type="checkbox"/> 療養介護対象者 <input type="checkbox"/> 重症心身障害児 <input type="checkbox"/> 遷延性意識障害者・児					
申請内容	障害名及び手帳の等級	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 障害名及び等級（ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳 A・B その他（ ） <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳				
	申請サービス	<input type="checkbox"/> 移動支援		<input type="checkbox"/> 日中一時支援		
	申請量(変更の場合は変更後の時間数等)		時間/月		日/月	
	現支給量(変更申請の場合のみ記入)		時間/月		日/月	
	申請理由					
算出根拠						
I 所得区分認定 (下記II適用前)		<input type="checkbox"/> 負担上限月額に関する下記区分の適用を申請します。(いずれかに○を付けてください。) <ol style="list-style-type: none"> 生活保護 受給世帯 市町村民税非課税世帯に属する者 				
II 軽減に関する認定	18歳以上の者	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、軽減を申請します。 <ol style="list-style-type: none"> 在宅（グループホーム、ケアホームを含む。）において生活していること。 市町村民税非課税世帯に属する者又は市町村民税課税世帯に属する者のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が16万円未満であること。(注) 				
	障害児	<input type="checkbox"/> 下記のいずれにも当てはまるため、軽減を申請します。 <ol style="list-style-type: none"> 在宅（グループホーム、ケアホームを含む。）において生活していること。 市町村民税非課税世帯に属する者又は市町村民税課税世帯に属する者のうち世帯の市町村民税所得割額の合計額が28万円未満であること。(注) 				

（注） 事実関係を確認できる書類を添付して申請してください。

(裏)
世帯状況・収入申告書

申告年月日 年 月 日

※18歳以上の在宅の場合、又は20歳以上の施設入所の場合は障害者本人氏名

次のとおり申告します。

申告者（保護者）氏名

1 世帯の状況等について 住民票と同じ

生計中心者に○印	氏名	生年月日	本人との関係	市町村民税の課税状況	
				均等割課税・所得割課税・非課税の別	
<input type="checkbox"/>	申請者			<input type="checkbox"/> 均等割課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税	
<input type="checkbox"/>	世帯主			<input type="checkbox"/> 均等割課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税	
<input type="checkbox"/>	世帯員			<input type="checkbox"/> 均等割課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税	
<input type="checkbox"/>	世帯員			<input type="checkbox"/> 均等割課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税	
<input type="checkbox"/>	世帯員			<input type="checkbox"/> 均等割課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税	
<input type="checkbox"/>	世帯員			<input type="checkbox"/> 均等割課税 <input type="checkbox"/> 所得割課税 (円) <input type="checkbox"/> 非課税	

2 所得割額について（市町村民税所得割課税世帯の場合）

上記1の所得割課税額の世帯合計額を記入

市町村民税所得割額【平成 年度（平成 年分）課税状況】の世帯合計所得割額	円
--------------------------------------	---

3 本人の収入について（市町村民税非課税世帯の場合）

所得金額	地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額（総所得金額、退職所得金額及び山林所得金額）	①	円
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	②	円
	特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当	③	円
	特別児童扶養手当	③	円
	工賃等収入		円
	その他の収入（内容： ）		円
その他収入	仕送り収入		円
	不動産等による家賃収入		円
必要経費	その他の収入（内容： ）		円
	租税（内容： ）		円
	租税（内容： ）		円
	社会保険料（内容： ）		円
	社会保険料（内容： ）		円

4 調査の同意について

収入状況等に係る職権調査等同意書	
利用者負担額減額・免除等に関し、私の世帯の税情報、手当等の福祉状況、住民基本台帳等についての調査及び情報を利用することに同意します。	
年 月 日	申請者 住所 (保護者) 氏名 ㊦
世帯員氏名 ㊦	世帯員氏名 ㊦
世帯員氏名 ㊦	世帯員氏名 ㊦

(記入上の注意)

- 収入のうち証明書等があるものは、この申告書に必ず添付してください。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付してください。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

様式第6号（第8条関係）

利用費助成不決定通知書

第 号

年 月 日

様

静岡市長 氏 名

年 月 日に申請された地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等助成申請については、次の理由により不決定することとしましたので通知します。

1 申請事項

2 不決定の理由

様式第7号（第8条関係）

利用者証等再交付申請書

年 月 日

（宛先）静岡市長

申請者 住 所
氏 名

次のとおり再交付を申請します。

再交付の内容	<input type="checkbox"/> 移動支援利用費助成決定通知書兼利用者証 <input type="checkbox"/> 日中一時支援費助成決定通知書
受給者番号	
受給者氏名	
住 所	〒
電話番号	
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚毀損 《状況》

届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者
	氏 名		申請者との関係	
	居住地	電話番号		

（注）汚毀損の場合は、当該利用者証、決定通知書を添付してください。

様式第8号（第9条関係）

氏名・住所等変更届出書

年 月 日

(宛先) 静岡市長

届出者 住 所
氏 名
(利用障害者(児)氏名：)
(サービスの種別： 移動支援 ・ 日中一時支援)
(受給者番号：)

次のとおり変更したので届け出ます。

項 目	変更前	変更後
氏 名		
住 所	〒	〒
電話番号		
備 考		
変更年月日	年 月 日	

様式第9号（第10条関係）

地域生活支援事業（移動支援・日中一時支援）利用費等助成決定取消通知書

第 号

年 月 日

様

静岡市長 氏 名 

次のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

受給者番号		利用障害者（児）氏名	
支給決定取消日		（児童の場合）保護者氏名	
取消理由			

（教示）行政不服審査法及び行政事件訴訟法に基づく教示を記載すること。

様式第 10 号 (第 11 条関係)

地域生活支援事業 (移動支援・日中一時支援) 利用費等請求書

(宛先) 静岡市長

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

内 訳	年	月分		
	請求内容		明細書件数	金 額
			件	円

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	⑩
振込指定 口座情報	金融機関名	
	支店名	
	口座種別	
	口座番号	
	口座名義	

様式第 11 号 (第 11 条関係)

地域生活支援事業 (移動支援・日中一時支援) 利用費等明細書

			年			月分
--	--	--	---	--	--	----

受給者番号	
利用障害者 (児) 氏名	
移動支援	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし
日中一時	<input type="checkbox"/> 食事提供体制加算あり <input type="checkbox"/> 食事提供体制加算なし

事業所番号	
事業所 の名称	
	地域区分

利用者負担上限月額 ①	
-------------	--

負担上限額	番号		管理結果	管理結果額	
管理事業所	名称				

利用費等明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要
		合 計				

請求額集計欄	項 目	値	単位	摘 要
	サービス種類コード			移動…99 日中…97
	サービス利用日数		日	
	サービス単位数		単位	明細欄 合計単位数
	単位数単価		円/単位	
	助成率	90/100		
	総費用額		円	
	助成率に 基づく	請求額 利用者負担額 ②	円	
	上限月額調整 (①②の内少ない数)		円	
	上限額管理後利用者負担額		円	管理結果額
	市請求額		円	

様式第 12 号 (第 11 条関係)

移動支援サービス提供実績記録票 (年 月分)

受給者番号		事業所番号	
利用障害者 (児) 氏名	<input type="checkbox"/> 身体介護あり <input type="checkbox"/> 身体介護なし	事業所の名称	
契約支給量	時間/月	利用者負担上限月額	円

日	曜日	介護計画			サービス提供時間		算定時間数				派遣 人数	サービス提供者		利用者 確認印	
		開始 時間	終了 時間	計画 時間数	開始 時間	終了 時間	日中	夜間 早朝	深夜	合計		印	備考		
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
		:	:		:	:									
合 計				計画 時間数	内訳 (適用単価別)			算定時間数計							
					100%	90%	70%								
				身体介護を伴う											
				身体介護を伴わない											

(注) 1 減算対象のサービス提供実績については、サービス提供者の備考欄に「3 級」「視ガ」「全ガ」「知ガ」「重訪」のいずれかを記入してください。

2 2人派遣を行った場合は、いずれか一方のサービス提供者の備考欄に「2人目」と記入してください。

3 グループ支援を行った場合は、サービス提供者の備考欄に「グループ」と記入してください。

枚中	枚目
----	----

様式第 13 号 (第 11 条関係)

日中一時支援サービス提供実績記録票 (年 月分)

受給者番号		事業所番号	
利用障害者 (児) 氏名		事業所の名称	
助成決定日数	日/月	利用者負担上限月額	円

実施日		提供時間		算定日数	食事 提供 体制 加算	入浴 加算	送迎 加算	サービス提供者 又は事業所 確認印	利用者 確認印
日	曜日	開始時間	終了時間						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
		:	:						
合 計								一括確認印	一括確認印

(注)

- 1 日中一時支援の算定日数には、4 時間以下の場合は「0.25」、4 時間を超え 8 時間以下の場合は「0.5」、8 時間を超える場合は「0.75」と記入してください。
- 2 日中一時支援の食事提供体制加算欄には、食事を提供した場合は「1」、入浴加算欄には 1 回の利用で入浴サービスを行った場合は「1」、送迎加算欄には片道の場合は「1」、往復の場合は「2」と記入してください。

様式第 14 号 (第 12 条関係)

移動支援・日中一時支援利用者負担上限額管理事務依頼 (変更) 届出書

助成決定障害者等氏名		受給者番号	
フリガナ		移動支援	
生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
利用者負担上限額管理を依頼 (変更) した事業者			
<p>上記の者より、 年 月 日にあった利用者負担上限額管理の依頼の件につきましては、責任を持って利用者負担上限額管理の事務を行うことを承諾します。</p> <p>上限額管理事業者 事業所番号</p> <p>所在地及び連絡先</p> <p>事業者及び その事業所の名称 ㊟</p>			
事業者を変更する場合の事由等		※事業者を変更する場合は必ず記入してください。	
変更年月日	年 月 日	変更前の事業者への連絡 (<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未済)	
<p>(宛先) 静岡市長</p> <p>上記の登録事業者に移動支援・日中一時支援に係る利用者負担上限額管理を依頼することを届け出ます。</p> <p>また、利用者負担の上限額管理のために、私にサービスを提供した事業者が上記届出事業者にサービス利用状況等を情報提供することに同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p>助成決定障害者等 住所 電話 ()</p> <p>氏名 ㊟</p>			
市確認欄			

(注)

- この届出書は、移動支援及び日中一時支援事業利用者負担の上限額管理を依頼する事業所が決まり次第、助成決定通知書を添えて提出してください。
- 移動支援及び日中一時支援の利用者負担の上限額管理を依頼する事業者を変更するときは、変更年月日を記入の上、提出してください。
- この届出書の届出がない場合、利用者負担額を一旦全額負担していただくことがあります。

様式第 15 号 (第 12 条関係)

移動支援・日中一時支援利用者負担額一覧表

年 月 日

(提供先)

様

次のとおり提供します

		年		月分
--	--	---	--	----

事業者	事業所番号													
	住所 (所在地)													
	電話番号													
	事業所の 名称													

助成決定障害者等欄																									
移動支援受給者番号															氏 名		総費用額								
日中一時支援 受給者番号																	利用者負担額								
移動支援受給者番号															氏 名		総費用額								
日中一時支援 受給者番号																	利用者負担額								
移動支援受給者番号															氏 名		総費用額								
日中一時支援 受給者番号																	利用者負担額								
移動支援受給者番号															氏 名		総費用額								
日中一時支援 受給者番号																	利用者負担額								
移動支援受給者番号															氏 名		総費用額								
日中一時支援 受給者番号																	利用者負担額								

様式第 16 号 (第 12 条関係)

移動支援・日中一時支援利用者負担上限額管理結果票

		年		月分
--	--	---	--	----

移動支援 受給者番号		事業所番号	
日中一時支援 受給者番号			事業所 の名称
助成決定 障害者等氏名			
助成決定に係 る障害児氏名			

利用者負担上限月額	
-----------	--

利用者負担上限額管理結果	
--------------	--

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担は発生しない。
- 2 利用者負担額の合計額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合計額が、負担上限月額を超過するため、次のとおり調整した。

事業所番号	管理事業所				
事業所の名称					
総費用額					
利用者負担額					
管理結果	利用者負担額				
	市助成額				

事業所番号				合 計
事業所の名称				
総費用額				
利用者負担額				
管理結果	利用者負担額			
	市助成額			

上記内容について確認しました。

年 月 日

助成決定障害者等氏名