

○ 荊田町障害者等移動支援事業実施規程

平成18年12月13日

告示第97号

改正 平成24年3月21日告示第26号

平成27年12月25日告示第102号

平成28年3月30日告示第17号

令和元年12月2日告示第62号

目次

第1章 総則(第1条—第6条)

第2章 個別移動サービス(第7条—第11条)

第3章 車両移動サービス(第12条—第18条)

附則

第1章 総則

(目的)

第1条 この告示は、屋外での移動に困難がある障害者及び障害児(以下「障害者等」という。)について外出のための支援を行うことにより、障害者等の地域での自立生活及び社会参加の促進を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 障害者等移動支援事業(以下「サービス」という。)の実施主体は、荊田町とする。ただし、利用者、サービス内容及び利用料の決定を除き、適切な事業運営が確保できると認められる社会福祉法人、医療法人及び民間事業者等(以下「事業者」という。)に委託することができる。

(サービスの種類)

第3条 サービスの種類は、次の各号に掲げるとおりとする。

(1) 個別移動サービス

(2) 車両移動サービス

(申請及び決定)

第4条 サービスを利用しようとする者(その保護者を含む。以下「申請者」という。)は、障害者等移動支援利用申請書(様式第1号。以下「申

請書」という。)を町長に提出するものとする。

- 2 町長は、前項の申請書を受理したときは、速やかに利用の要否の決定を行い、障害者等移動支援利用決定・却下通知書(様式第2号)により、申請者に通知するものとする。
- 3 町長は、前項の決定をするときには、必要に応じて、その身体状況等について訪問調査等を行うとともに、医師の診断書等の提出を求めることができる。

(利用者券の交付)

第5条 町長は、前条第2項により利用決定した者(以下「利用者」という。)に対して、障害者等移動支援利用者券(様式第3号。以下「利用者券」という。)を交付するものとする。

- 2 利用者券の交付を受けた者は、利用者券の提示によりサービスを利用することができるものとする。
- 3 利用対象者が第9条及び第14条に規定する利用対象者に該当しなくなったときは、速やかに利用者券を町長に返還しなければならない。
- 4 事業者は、利用者券によるサービスの提供状況を明らかにできる記録を整備しておかなければならない。

(変更の届出)

第6条 利用者券の交付を受けた者は、申請書等に記載した事項及びサービス利用に関する変更が生じたときは、速やかに障害者等移動支援利用変更届(様式第4号)を町長に提出しなければならない。

第2章 個別移動サービス

(個別移動サービス)

第7条 個別移動サービスは、外出する際に個別に介護が必要な障害者等に同行し、移動介護を行うサービスとする。

(利用対象者)

第8条 個別移動サービスの利用対象者は、町内に住所を有し、次の各号のいずれかに該当する者で、町長が外出時に支援が必要と認めた者とする。

- (1) 身体障害者福祉法(昭和24年法律第283号)第15条の規定により身体障害者手帳の交付を受けた者

- (2) 療育手帳制度要綱(昭和48年9月27日発児第156号厚生省事務次官通知)に基づき、療育手帳の交付を受けた者
- (3) 知的障害者更生相談所又は児童相談所において知的障害と判断された者
- (4) 医師により発達に障害があると診断された者
- (5) 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条に規定する精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
- (6) その他町長が特に利用の必要性を認めた者

2 町長は、前項の規定に関わらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、個別移動サービスの提供を行わないことができるものとする。

- (1) 感染性疾患等を有し、他の者に伝染させるおそれのある者
- (2) 個別移動サービス従事者に著しく迷惑を及ぼすおそれのある者
- (3) その他町長が不相当と認める者

(利用範囲)

第9条 この個別移動サービスを利用できる範囲は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 社会生活上必要不可欠な外出
- (2) 余暇活動等の社会参加のための外出
- (3) その他町長が特に利用の必要性を認めるもの

(利用時間)

第10条 個別移動サービスの利用時間は、1ヶ月当たり原則10時間以内とする。ただし、身体状況及び家庭の状況等を十分に勘案し、町長が必要と認めるときは、1ヶ月当たり20時間以内とすることができるものとする。

(利用者負担額)

第11条 個別移動サービスに係る利用者負担額は、利用1回当たり別表に定めるとおりとし、利用者がサービスの提供をうけた際に事業者に支払うものとする。ただし、生活保護受給者及び町民税非課税世帯に属する者にあつては、免除とする。

2 交通機関の運賃等は、利用者負担とする。

第3章 車両移動サービス

(車両移動サービス)

第12条 車両移動サービスは、一般交通機関の利用が困難な在宅の障害者等の社会参加の促進や利便性の向上を図るため、移送用車両により利用者の居宅と福祉サービス等を提供する場所や医療機関等との間を送迎するサービスとする。

(利用対象者)

第13条 車両移動サービスの利用対象者は、町内に住所を有する次の各号に該当する者とする。

(1) 視覚又は下肢に障害を持つ障害者等であって、一般の交通機関を利用することが困難な者

(2) その他町長が特に利用の必要性を認めた者

2 町長は、前項の規定に関わらず、次の各号のいずれかに該当する場合は、車両移動サービスの提供を行わないことができるものとする。

(1) 感染性疾患等を有し、他の者に伝染させるおそれのある者

(2) 車両移動サービス従事者に著しく迷惑を及ぼすおそれのある者

(3) その他町長が不相当と認める者

(利用範囲)

第14条 この車両移動サービスを利用できる範囲は、次の各号に掲げるものとする。

(1) 福祉サービスの利用を目的とするもの

(2) 病気療養のため、病院等への通院を目的とするもの

(3) 冠婚葬祭への出席を目的とするもの

(4) 公共機関への用件を目的とするもの

(5) その他町長が特に利用の必要性を認めるもの

(介助者)

第15条 送迎するに当たっては、家族等介助者が同伴することを条件とする。ただし、やむをえない理由で介助者が同伴できないと認められる場合はこの限りでない。

(利用回数等)

第16条 この事業の利用回数、利用時間及び利用区域は、次の各号に掲

げるとおりとする。

- (1) 利用回数は、片道利用を1回とし、原則として週4回(午前2回、午後2回)以内とする。
- (2) 利用時間は、原則として毎日午前8時30分から午後5時までとする。
- (3) 利用区間は、原則として町内、行橋市、みやこ町、北九州市小倉南区及び小倉北区内とする。

(利用者負担額)

第17条 車両移動サービスに係る利用者負担額は、次の各号に掲げるとおりとし、利用者が車両移動サービスの提供をうけた際に事業者に支払うものとする。ただし、有料道路の通行料、駐車料金等は利用者負担とする。

- (1) 町内の区域においては、片道利用1回につき300円とする。
- (2) 町外の区域においては、片道利用1回につき600円とする。

(委任)

第18条 この告示に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、公布の日から施行し、平成18年10月1日から適用する。

附 則(平成24年3月21日告示第26号)

この告示は、平成24年4月1日から施行する。

附 則(平成27年12月25日告示第102号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成28年3月30日告示第17号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則(令和元年12月2日告示第62号)

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

別表(第11条関係)

利用者負担額

時間／回	区分	身体介護を伴う場合	身体介護を伴わない場合
			合
30分未満		249円	102円

30分以上1時間未満	412円	191円
1時間以上1.5時間未満	597円	268円
1.5時間以上2時間未満	681円	336円
2時間以上2.5時間未満	766円	404円
2.5時間以上3時間未満	850円	472円
3時間以上3.5時間未満	934円	540円
3.5時間以上4時間未満	1,019円	618円
4時間以上4.5時間未満	1,103円	695円
4.5時間以上5時間未満	1,187円	772円
以後30分毎に	85円	78円

様式第1号(第4条関係)

(表)

年 月 日

障害者等移動支援事業利用申請書

1 個別移動サービス		2 車両移動サービス	
フリガナ 利用者氏名	性別	男・女	生年月日 年 月 日 生
個人番号			
住所	〒	電話番号	
緊急連絡先 フリガナ 氏名	続柄	生年月日 年 月 日 生	
電話番号	携帯電話		
住所			
身体障害者手帳	第 号	等級	
療育手帳	第 号	等級	
精神障害者 保健福祉手帳	号	等級	
かかりつけの病院	病院名	電話番号	
	住所	〒	
利用目的			
荏田町長様 上記のとおり、移動支援事業利用の申請をします。 また、この申請に伴う費用負担等決定のための課税調査に同意します。			
申請者 住所			
氏名 印			
電話番号			
個人番号			

(裏)

※ 下記の調査票に必要事項を記入若しくはチェックをつけてください。

世帯状況	氏名	個人番号	年齢	続柄	備考(生計中心者に◎)
心身等の状況	肢体	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不自由 (○右上肢 ○右下肢 ○左上肢 ○左下肢)			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (○右 ○左 ○両方)			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 (○右 ○左 ○両方)			
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大体通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない			
	精神障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度			
日常の生活動作	歩行	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 一部介助がいる <input type="checkbox"/> 歩けない			
	排泄	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 一部介助がいる <input type="checkbox"/> 簡易トイレ <input type="checkbox"/> おむつ使用			
	食事	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 一部介助がいる <input type="checkbox"/> 全面介助がいる			
	入浴	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 一部介助がいる <input type="checkbox"/> 全面介助がいる <input type="checkbox"/> 清拭			
	着脱	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 一部介助がいる <input type="checkbox"/> 全面介助がいる			
	起立	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 一部介助がいる <input type="checkbox"/> できない			
	座位	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 時間がかかる <input type="checkbox"/> 一部介助がいる <input type="checkbox"/> できない			
健康の状態	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> あまり良くない <input type="checkbox"/> 悪い			
	感染性疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	主病名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	治療状態	<input type="checkbox"/> 必要ない <input type="checkbox"/> 往診を受けている <input type="checkbox"/> 通院し ている <input type="checkbox"/> 受けていない			
備考					

様式第2号(第4条関係)

第 号

年 月 日

様

荊 田 町 長

㊟

障害者等移動支援事業利用決定・却下通知書

申請のありました、移動支援事業利用について、審査を行った結果、下記のとおり決定いたしましたので、通知いたします。

承認

却下

※却下事由

承認内容

利用者氏名		生年月日	年 月 日生
住 所			
決 定 内 容			
有 効 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
備 考			

不服の申立て

この決定に不服がある場合には、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3ヶ月以内に、荊田町長に対して審査請求をすることができます。

処分の取消しの訴え

処分の取消しの訴え(取消訴訟)は、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6ヶ月以内に、荊田町を被告として(訴訟において荊田町を代表するものは町長となります。)、提起することができます。

なお、この処分の通知を受けた日から6ヶ月以内であっても、処分の日から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。

様式第3号(第5条関係)

(表)

第 号
年 月 日

障害者等移動支援事業利用者券

登 録 利 用 者	氏 名			
	生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
	住 所	〒 TEL		
登 録 年 月 日	年 月 日			
有 効 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
決定内容				
食費負担	有 ・ 無			
年 月 日交付				
葦田町長 ㊟				
ご利用にあたって この利用者券は、実施機関への利用申込時に提示してください。 住所等の変更があった場合は、へ届け出てください。				

※ 次年度の利用を希望する際は新たに申請が必要になります。

※ 記載事項に変更が生じた際は役場まで届出て下さい。

様式第4号(第6条関係)

年 月 日

荏 田 町 長 様

障害者等移動支援事業利用変更届

届出者 住所
氏名 ④
個人番号

以下のとおり変更しましたので、届け出ます。

記

利用者氏名		生年月日	年 月 日生
個人番号			
現在居住地	〒		
電話番号			

変更内容

居住地変更	旧居住地	
	新居住地	
氏名変更	旧氏名	
	新氏名	
手帳の等級等変更	旧手帳	
	新し手帳	
その他変更事項		

様式第1号(第4条関係)

様式第2号(第4条関係)

様式第3号(第5条関係)

様式第4号(第6条関係)