

○ 荊田町障害者等日中一時支援事業実施規程

平成18年12月13日

告示第100号

改正 平成24年3月21日告示第27号

平成27年3月27日告示第29号

平成27年12月25日告示第105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60号

(目的)

第1条 この告示は、在宅の障害者及び障害児(以下「障害者等」という。)の日中における活動の場を確保し、障害者等の家族の就労支援及び障害者等を日常的に介護している家族等の負担軽減を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 障害者等日中一時支援事業(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。

(利用対象者)

第3条 サービスの利用対象者は、町内に住所を有し、日中において監護する者がいないため、一時的に見守り等の支援が必要な障害者等で、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (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 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、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) 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

(利用日数)

第4条 サービスを利用できる日数は、原則として月7日以内とする。ただし、町長が必要と認める場合はこの限りではない。

(利用者負担額)

第5条 サービスに係る利用者負担額は、別表のとおりとする。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 利用者負担額は、利用者がサービスの提供を受けた際に事業者を支払うものとする。

3 サービスに係る食費及び原材料費等の実費相当分は、利用者負担とする。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、食費に係る人件費相当額を免除する。

(申請及び決定)

第6条 サービスを利用しようとする者(以下「申請者」という。)は、障害者等日中一時支援事業利用申請書(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時は、速やかにその可否を決定し障害者等日中一時支援事業利用決定・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。

(利用者券の交付)

第7条 町長は前条第2項により利用決定をした者(以下「利用者」という。)に対して、障害者等日中一時支援事業利用者券(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 利用者は、利用者券を携行し事業者へのサービス利用申込時に提示しなければならない。

(委任)

第8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27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3月27日告示第29号)

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

附 則(平成27年12月25日告示第105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60号)

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

別表(第5条関係)

利用者負担額

(単位：円)

障害程度区分		1	2	3	4	5	6	遷延性 意識障 害	重症心 身障害
算定日数(時間)									
障害者	100分の25日 (4時間未満)	126	126	144	161	195	229	367	629
	100分の50日 (4時間以上8時 間未満)	252	252	289	321	389	458	733	1,257
	100分の75日 (8時間以上)	378	378	433	482	584	686	1,100	1,886
障害児	100分の25日	126	153	195				367	629

(4時間未満)						
100分の50日 (4時間以上8時間未満)	252	305	389		733	1,257
100分の75日 (8時間以上)	378	457	584		1,100	1,886
送迎利用料	54					

様式第1号(第6条関係)

(表)

年 月 日

障害者等日中一時支援事業利用申請書

フリガナ		性別	男・女	生年月日	年 月 日 生
利用者氏名					
個人番号					
住所	〒			電話番号	
緊急連絡先	フリガナ	続柄		生年月日	年 月 日 生
	氏名				
	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、日中一時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6条関係)

第 号
年 月 日

様

荇田町長 ㊟

障害者等日中一時支援事業利用決定・却下通知書

申請のありました、障害者等日中一時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、荇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、荇田町を被告として(訴訟において荇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7条関係)

第 号
年 月 日

障害者等日中一時支援事業利用者券

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	日/月()			
利用者負担	有・無			
食費負担	全額・食材料費のみ			
送迎料負担	有・無			
年 月 日交付				
菊田町長 ㊟				
ご利用にあたって				
この利用者券は、事業者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、新規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け出て下さい。

様式第1号(第6条関係)

様式第2号(第6条関係)

様式第3号(第7条関係)