

大町市移動支援事業実施要綱

○大町市移動支援事業実施要綱

平成18年10月1日

告示第95号

改正 平成20年3月31日告示第28号

平成24年12月21日告示第133号

平成26年5月22日告示第88号

平成28年3月28日告示第58号

平成28年11月8日告示第201号

(趣旨)

第1 この要綱は、屋外での移動に困難がある障害者又は障害児（以下「障害者等」という。）の外出を支援し、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ため、大町市移動支援事業（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。

(事業の内容)

第2 事業は障害者等の外出における移動の支援とする。

2 サービスを提供する範囲は、原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る。

(対象者)

第3 事業の対象者は、市内に住所を有する障害者等で、外出時に支援が必要な者とする。

(事業者の登録等)

第4 事業を行う者は、適正な運営が見込まれる指定障害福祉サービス事業者（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36条第1項の指定を受けた者をいう。）、社会福祉法人又は特定非営利活動法人であって、市に登録されたもの（以下「登録事業者」という。）とする。

2 登録事業者になろうとする者は、大町市移動支援事業者登録（変更）申請書（様式第1号。以下「登録申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項に規定する申請があったときは、内容を審査し、相当と認めた場合は、大町市移動支援事業者登録済通知書（様式第2号）により通知するものとする。

4 登録事業者は、登録申請書の記載事項に変更があったときは、変更事項を記載した登録申請書を市長に提出しなければならない。

(利用申請)

第5 事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、大町市移動支援事業利用申請書（様式第3号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項に規定する申請があったときは、その内容を審査し、利用の可否を決定し、大町市移動支援事業利用承認（不承認）決定通知書（様式第4号。以下「決定通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

3 市長は、前項の利用承認をしたときは、大町市移動支援事業利用登録者台帳（様式第5号）に登録するものとする。

(認定期間)

第6 第5第2項の規定による承認決定の認定期間は、承認を行った日から起算して、1年以内とする。

2 利用登録を受けた者（以下「登録利用者」という。）が認定期間満了後も引続き利用しようとするときは、認定期間満了日までに、申請を行わなければならない。
（利用の方法）

第7 登録利用者がこの事業を利用するときは、決定通知書を登録事業者に提示し、登録事業者に直接依頼するものとする。
（費用の負担）

第8 登録利用者は、事業の利用に要した費用の100分の10に相当する額（以下「利用者負担額」という。）を登録事業者に直接納付するものとする。

2 前項に規定する利用者負担額の同一月における上限額は、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）の規定による障害福祉サービスに要した費用の額から介護給付費及び訓練等給付費を控除して得た額と合算して、障害者自立支援法施行令（平成18年政令第10号）第17条で定める額とする。

（経費の請求等）

第9 登録事業者は、サービスの提供を行った場合は、当該月分を取りまとめ、請求書に大町市移動支援事業利用明細書（様式第6号）を添付して、翌月の10日までに市長に提出するものとする。

2 市長は、前項の経費の請求を受けたときは、請求内容を確認の上、速やかに当該経費を支払うものとする。

3 前項に規定する経費の額は、別表の所定経費から第8の規定により算出した額を控除した額とする。

（遵守事項）

第10 登録事業者は、登録利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務体制、職務環境、訪問手段等を定めておかななければならない。

2 登録事業者は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。

3 登録事業者は、サービス提供時に事故が発生した場合は、市長及び登録利用者の家族等に速やかに連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

4 事業者及び従業者は、業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

（委任）

第11 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、告示の日から施行する。

附 則（平成20年3月31日告示第28号）

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則（平成24年12月21日告示第133号）

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則（平成26年5月22日告示第88号）

（施行期日）

1 この要綱は、告示の日から施行する。

大町市移動支援事業実施要綱

(経過措置)

- 2 この要綱の施行前に、この要綱による改正前の大町市移動支援事業実施要綱、大町市障害者地域活動支援センター事業実施要綱及び大町市日中一時支援事業実施要綱の規定に基づいて作成した帳票は、必要な調製をして、当分の間、使用することができる。

附 則 (平成28年3月28日告示第58号)

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にこの要綱による改正前の規定に基づいてなされた処分、手続、不服申立てその他の行為については、なお従前の例による。

附 則 (平成28年11月8日告示第201号)

(施行期日)

- 1 この要綱は、告示の日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際現にこの要綱による改正前の大町市移動支援事業実施要綱第4第1項、大町市障害者地域活動支援センター事業実施要綱第3第1項又は大町市日中一時支援事業実施要綱第3第1項の規定に基づき登録された者は、この要綱による改正後の規定に基づき登録された者とみなす。

別表 (第9関係)

支援の種別	1回当たりの所要時間	所定経費
身体介護を伴う場合	30分未満	2,300円
	30分以上1時間未満	4,000円
	1時間以上1時間30分未満	5,800円
	1時間30分以上となる場合	30分増すごとに820円を加算 5,800円
身体介護を伴わない場合	30分未満	800円
	30分以上1時間未満	1,500円
	1時間以上1時間30分未満	2,250円
	1時間30分以上となる場合	30分増すごとに750円を加算 2,250円

(注)

- 1 2人の居宅介護従事者により居宅介護を行う要件(平成18年3月31日厚生労働省告示第233号)に定める要件に該当することにより、同時に2人の従事者が1人の利用者に対して移動支援を行ったときは、それぞれの従事者につき所定経費を算定すること。
- 2 夜間(午後6時から午後10時まで)又は早朝(午前6時から午前8時まで)に移動支援を行った場合は、1回につき所定経費の100分の25に相当する額を所定経費に加算し、深夜(午後10時から午前6時まで)に移動支援を行

った場合は、1回につき所定経費の100分の50に相当する額を所定経費に加算すること。

大町市移動支援事業実施要綱

様式第1号（第4関係）

大町市移動支援事業者登録（変更）申請書

年 月 日

大町市長 殿

申請者
住 所
名 称
代表者 ㊟

次のとおり、事業所に係る登録（変更）を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

フリガナ 事業者の名称			
事務所の所在地			
団体の種別		電話番号	
代表者の職氏名	職名	氏名	
事業所の名称			
事業所(施設)の所在地			
事業責任者の職氏名	職名	氏名	
事業実施に係る従業者 の職種・員数等	職種又は資格	勤務(雇用)形態	人数
		専・兼	常・非常
		専・兼	常・非常
		専・兼	常・非常
		専・兼	常・非常
事業実施に使用する 資産等の状況			

(添付書類)

- 1 事業所の位置図
- 2 運営規定

様式第2号（第4関係）

大町市移動支援事業者登録済通知書

年 月 日

様

大町市長 印

年 月付けで申請のありました事業所に係る登録について、次のとおり登録しましたので通知します。

記

- 1 登録番号
- 2 事業者の名称
- 3 事務所の所在地
- 4 代表者の職氏名 職名 氏名
- 5 事業所の名称
- 6 事業所の所在地
- 7 事業責任者の職氏名 職名 氏名

大町市移動支援事業実施要綱

様式第3号（第5関係）

大町市移動支援事業利用申請書

年 月 日

大町市長 殿

次のとおり大町市移動支援事業を申請します。

申請者	フリガナ				生年月日	年 月 日
	氏名					
	住所				電話番号	
	フリガナ				生年月日	年 月 日
	登録申請に係る 障害児氏名				続柄	
	身体障害者 手帳番号		療育手帳 番号		精神保健福祉 手帳番号	

他のサービス利用の状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期間	
		利用中のサービスの種類と内容等				
介護保険	介護認定	有・無	要介護度	要支援 ()・ 要介護 1 2 3 4 5		
		利用中のサービスの種類と内容等				
種別申請する支援等の	種別	<input type="checkbox"/> 身体介護有り		<input type="checkbox"/> 身体介護無し		
	備考	身体的な状況等				

同意書

大町市移動支援事業の利用決定のため、私の世帯に関する住民基本台帳情報及び税情報について、閲覧することに同意します。

申請者又は世帯主
氏名

印

大町市移動支援事業実施要綱

様式第4号（第5関係）

大町市移動支援事業利用承認（不承認）決定通知書

第 号
年 月 日

様

大町市長

年 月 日付けで申請のありました移動支援事業利用については、次のとおり 承認・不承認 しましたので通知します。

利用対象者	住 所			電話		
	氏 名				性別	男 女
	生年月日	年	月	日生（ 歳）		
決定区分	承認 ・ 不承認					
却下の理由						
支給の種類等	種 別	<input type="checkbox"/> 身体介護有り		<input type="checkbox"/> 身体介護無し		
	備 考					
	利用限度	月	時間	負担上限月額	円	
	認定期間	年 月 日 まで				
連絡事項						

- (注) 1 この決定に不服があるときは、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月以内に、市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 認定期間以降も引き続き利用しようとするときは、認定期間満了日までに再度利用申請書を提出してください。

- 様式第1号 (第4関係)
- 様式第2号 (第4関係)
- 様式第3号 (第5関係)
- 様式第4号 (第5関係)
- 様式第5号 (第5関係)
- 様式第6号 (第9関係)