

○加美町地域生活支援事業実施規則

平成26年3月25日

規則第8号

改正 平成28年3月30日規則第11号

平成29年7月28日規則第14号

平成30年3月30日規則第6号

平成30年4月27日規則第9号

平成30年9月27日規則第16号

平成31年3月29日規則第8号

令和元年11月29日規則第20号

目次

- 第1章 総則（第1条・第2条）
- 第2章 理解促進研修・啓発事業（第3条）
- 第3章 自発的活動支援事業（第4条）
- 第4章 相談支援事業（第5条—第10条）
- 第5章 意思疎通支援事業（第11条—第20条）
- 第6章 日常生活用具給付等事業
  - 第1節 日常生活用具給付事業（第21条—第30条）
  - 第2節 住宅改修費助成事業（第31条—第40条）
- 第7章 手話奉仕員養成研修事業（第41条—第49条）
- 第8章 移動支援事業（第50条—第61条）
- 第9章 訪問入浴サービス事業（第62条—第75条）
- 第10章 日中一時支援事業（第76条—第83条）
- 第11章 生活サポート事業（第84条—第94条）
- 第12章 自動車運転免許取得・改造助成事業
  - 第1節 障害者自動車運転免許取得費助成事業（第95条—第102条）
  - 第2節 身体障害者用自動車改造費助成事業（第103条—第110条）
- 第13章 更生訓練費・施設入所者就職支度金給付事業（第111条—第115条）
- 第14章 知的障害者職親委託事業（第116条—第124条）
- 第15章 重度障害者等介助人派遣事業（第125条—第132条）
- 第16章 雑則（第133条）

## 附則

### 第1章 総則

#### (目的)

第1条 この規則は、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（以下「障害者等」という。）がその有する能力及び適性に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を計画的に実施し、もって障害者等の福祉の増進を図ることを目的とし、法第77条の規定による地域生活支援事業の実施に関し必要な事項を定めるものとする。

#### (事業内容)

第2条 町長は、法第77条及び厚生労働大臣が定める地域生活支援事業実施要綱（平成18年8月1日障発第0801002号厚生労働省社会・援護局障害保健部長通知。以下「要綱」という。）の規定に基づき町長の判断により、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を行うものとし、次の各号に掲げる事業を行うものとする。

- (1) 要綱に基づく理解促進研修・啓発事業
- (2) 要綱に基づく自発的活動支援事業
- (3) 要綱に基づく相談支援事業
- (4) 要綱に基づく意思疎通支援事業
- (5) 要綱に基づく日常生活用具給付事業
- (6) 要綱に基づく手話奉仕員養成研修事業
- (7) 要綱に基づく移動支援事業
- (8) 要綱に基づく訪問入浴サービス事業
- (9) 要綱に基づく日中一時支援事業
- (10) 要綱に基づく生活サポート事業
- (11) 要綱に基づく自動車運転免許取得・改造助成事業
- (12) 要綱に基づく更生訓練費・施設入所者就職支度金給付事業
- (13) 要綱に基づく知的障害者職親委託事業
- (14) 要綱に基づく重度障害者等介助人派遣事業

### 第2章 理解促進研修・啓発事業

#### (目的)

第3条 障害者等が日常生活及び社会生活を営む上で生じる「社会的障壁」を除去するため、障害者等の理解を深める研修・啓発を通じて地域住民への働きかけを強化することにより、共生社会の実現を図ることを目的とする。

### 第3章 自発的活動支援事業

(目的)

第4条 障害者等が自立した日常生活及び社会生活を営むことができるよう、障害者等、その家族、地域住民等による地域における自発的な取り組みを支援することにより、共生社会の実現を図ることを目的とする。

### 第4章 相談支援事業

(目的)

第5条 障害者等からの相談に応じ、必要な情報の提供等の便宜を供与することや権利擁護のために、必要な援助を行うことにより、障害者等が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるようにすることを目的とする。

(実施主体)

第6条 町長は、この事業の全部又は一部を適切な事業運営を行うことができると認める指定特定相談支援事業者又は指定一般相談支援事業者に委託することができる。

(事業の内容)

第7条 この事業の内容は、障害者等又はその保護者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言等を行うものとして、次に掲げる業務を実施するものとする。

- (1) 福祉サービスの利用援助に関する業務
- (2) 社会資源を活用するための支援に関する業務
- (3) 社会生活力を高めるための支援に関する業務
- (4) ピアカウセリングに関する業務
- (5) 権利の擁護のために必要な援助に関する業務
- (6) 専門機関の紹介に関する業務
- (7) 雇用促進のための就労支援に関する業務

(配置職員)

第8条 相談支援事業者は、事業の実施にあたり、社会福祉士、精神保健福祉士、保健師、相談支援専門員又は介護支援専門員のいずれか（以下「ソーシャルワーカー」という。）1名以上を配置しなければならない。ただし、事業の実施に支障のない範囲で指定相談支援事業者関係業務に従事することができる。

2 相談支援事業者は、特別な相談支援が必要なときは、ソーシャルワーカーに加えて、専門的な知識を有する者のうち特別な相談支援に対処できるものを従事させなければならない。

(遵守事項)

第9条 相談支援事業者は、利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、事業所ごとに従業者の勤務体制、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 相談支援事業者は、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 相談支援事業者は、サービス提供時に事故が発生した場合は、町長及び障害者等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 相談支援事業者は、従業者、会計、利用者へのサービス提供記録に関する諸記録を整備しサービスを提供した日から5年間保存しなければならない。

(利用料)

第10条 利用料は、無料とする。

## 第5章 意思疎通支援事業

(目的)

第11条 聴覚、言語機能、音声機能、視覚その他の障害のため、意志疎通を図ることに支障がある障害者等に、手話通訳、要約筆記等の方法により、障害者等とその他の者の意思疎通を仲介する手話通訳者、要約筆記者等（以下「手話通訳者等」という。）の派遣等を行い、意志疎通の円滑化を図ることを目的とする。

(実施主体)

第12条 町長は、この事業の実績等がある法人等（以下この章において法人等という。）に運営を委託することができる。

(派遣対象者)

第13条 この事業の対象者は、町内に住所を有する身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者のうち、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号に定める聴覚又は音声機能若しくは言語機能の障害を有する者とする。

(派遣の対象区域)

第14条 派遣対象区域は原則、町内とする。ただし、町長が必要と認める場合はこの限りではない。

(派遣対象事項)

第15条 派遣の対象とする事項は、社会生活上必要不可欠な用務であるが、通院、公的な申請時、PTA出席時等であって、個人の収益に伴うものや営業活動などについては、対象外とする。

(派遣の申請及び決定)

第16条 派遣の手続きは次のとおりとする。

(1) 派遣申請

派遣を希望する者は、原則、派遣を希望する日の1週間前までに手話通訳者等派遣申請書(様式第1号)を町長に提出するものとする。ただし、緊急やむを得ない場合は、この限りではない。

(2) 派遣決定

ア 町長は、受理した町長の内容を審査のうえ、派遣が適当であると認めた場合、法人等に派遣依頼をする。

イ 法人等は手話通訳者等が決定したら町長に通知する。

(3) 派遣決定の取り消し

町長は、前号により派遣を決定した者であっても、やむを得ない事由が発生した場合は、取り消すことができるものとする。

(利用者負担)

第17条 手話通訳者等の派遣に係る利用者負担は無料とする。

(派遣報告)

第18条 手話通訳者等は業務が終了したときは、速やかに手話通訳者等実施報告書(様式第2号)を法人等に提出するものとする。

(手話通訳者等に対する謝金等)

第19条 町長は、法人等から手話通訳者等の活動報告書に基づき活動状況に応じた謝金及び交通費等の請求書により、別表第1のとおり謝金等を支払うものとする。

2 町長は、前項の請求があった日から30日以内に内容を確認のうえ謝金等を支払うものとする。

(遵守事項)

第20条 事業者及び手話通訳者等は、正当な利用なく業務上知り得た利用者等に関する秘密を漏らしてはならない。

第6章 日常生活用具給付等事業

## 第1節 日常生活用具給付事業

### (目的)

第21条 日常生活用具給付事業は、障害者等に対し、日常生活用具（以下この節において「用具」という。）を給付することにより、日常生活の便宜を図り、もって障害者等の福祉の増進に資することを目的とする。

### (用具の種目及び給付の対象者)

第22条 給付の対象となる用具の種目は、別表第2に掲げる用具とする。

- 2 給付対象者は、町内に住所を有する者又は法第19条の規定に基づき町長が支給決定を行った施設入所者等で、別表第2の対象者欄に掲げる身体障害者、身体障害児、知的障害者、知的障害児、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、児とする。ただし、介護保険法（平成9年法律第123号）の対象となる用具の貸与又は購入費の支給を受けられる者を除く。
- 3 既に給付を受けている用具と同一の用具の再給付に係る申請については、前回の給付日より別表第2の耐用年数欄に規定する期間を経過していない場合は、原則として給付対象外とする。ただし、当該期間を経過する前に、修理不能により用具の使用が困難となった場合は、この限りではない。

### (給付の申請)

第23条 用具の給付を受けようとする対象者又はその者を扶養する者（以下この節において「申請者」という。）は、日常生活用具給付申請書（様式第3号）により申請するものとする。

### (給付の決定)

第24条 町長は、前条の申請があった場合は、速やかに必要な調査等を行い、日常生活用具給付調査書（様式第4号）を作成し、給付の要否を決定しなければならない。

- 2 町長は、前項の調査により用具の給付を決定したときは、日常生活用具給付決定通知書（様式第5号）により、給付決定を却下したときは、日常生活用具給付却下通知書（様式第6号）により、それぞれ申請者に通知するものとする。
- 3 町長は、前項の規定により用具の給付を決定したときは、日常生活用具給付券（様式第7号。以下この節において「給付券」という。）を申請者に交付するものとする。

### (用具の給付)

第25条 町長は、用具の給付を行う場合には、用具の製作又は販売等を業とする者（以下

この節において「業者」という。)に依頼して行うものとする。

- 2 前条第2項の規定により用具の給付を受けることとなった者(以下この節において「給付決定者」という。)は、業者に給付券を提出して用具の給付を受けるものとする。

(費用の負担)

第26条 給付決定者は、当該用具の給付に要する費用の一部を業者に直接支払うものとする。

- 2 前項の規定により支払うべき額(以下この章において「利用者負担額」という。)は、[別表第3 徴収基準額表](#)によるものとする。

- 3 当該用具の給付に要する費用の限度額は別表第2に定める額とする。給付決定者は当該費用が限度額を超えた場合、その超えた額を負担しなければならない。

- 4 給付決定者は、前3項の規定により算出した額を業者に直接支払うものとする。

(費用の請求)

第27条 用具を納入した業者が、町に当該用具に係る費用を請求するにあたっては、給付券を添付するものとする。

- 2 業者が請求できる額は、用具の購入に要する費用から、給付決定者が直接業者に支払った額を控除した額とする。この場合において、用具の給付に要した費用は、別表第2基準額欄に定める額を限度とする。

(排泄管理支援用具給付の特例)

第28条 町長は、排泄管理支援用具の給付については申請者の手続きの利便を考慮し、次のとおり給付券を一括して交付することができるものとする。ただし、当該年度末までの分を超えないものとする。

- (1) 歴月を単位として2ヶ月ごとに給付券1枚を交付すること。
- (2) 別表第2の基準額(月額)の範囲内で1ヶ月に必要とする排泄管理支援用具に相当する額の2倍(2ヶ月分)の額を給付券1枚に記載して交付すること。
- (3) 給付券は、申請1回につき半年分を一括交付すること。

- 2 第26条に規定する費用の負担については、1回の申請における排泄管理支援用具の購入に要する費用について算出するものとする。

(返還等)

第29条 給付決定者は、当該用具を給付の目的に反して使用してはならない。

- 2 町長は、給付決定者が、その目的に反して当該用具を使用したと認めるときは、当該

給付に要した費用の一部又は全部を返還させることができる。

(給付台帳の整備)

第30条 町長は、用具の給付の状況を明確にするための日常生活用具給付台帳（様式第8号）を整備するものとする。

## 第2節 住宅改修費助成事業

(対象者)

第31条 この事業の対象者は、町内に住所を有し在宅で生活をする者又は法第19条の規定に基づき町長が支給決定を行った施設入所者等で、別表第2の対象者欄に掲げる身体障害者、身体障害児、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、児とする。ただし、介護保険法により、給付の対象となる住宅改修費の支給を受けられる者は対象者から除く。

(住宅改修の範囲)

第32条 住宅改修費の対象となる住宅改修の範囲は、別表第2に掲げる改修工事費とする。

(住宅改修日の給付要件)

第33条 住宅改修費の給付は、障害者等が現に居住する住宅について行われるもの（借家の場合は家主の承諾を必要とする。）であり、かつ、身体の状態、住宅の状態等を勘案して町長が必要と認める場合に給付するものとする。

(申請)

第34条 住宅改修費の給付を受けようとする者（以下この節において「申請者」という。）は、住宅改修費給付申請書（様式第9号）を町長に提出しなければならない。

2 前項の規定による申請は、原則として申請者あたり1回を限度とする。

(調査)

第35条 町長は、前条の規定による申請があったときは、必要な調査等を行い、住宅改修費給付調査書（様式第10号）を作成し、住宅改修費の給付の要否を決定するものとする。

(決定)

第36条 町長は、前条の規定による調査により住宅改修費の給付を決定したときは、住宅改修費給付決定通知書（様式第11号）により、給付申請を却下したときは、住宅改修費給付却下通知書（様式第12号）により、それぞれ申請者に通知するものとする。

2 町長は、前項の規定により住宅改修費の給付等を決定したときは、住宅改修費給付券（様式第13号。以下この節において「給付券」という。）を申請者に交付するものとする。

（住宅改修費の給付）

第37条 前条第1項の規定により、住宅改修費の給付の決定を受けた者（以下この節において「給付決定者」という。）は、住宅改修業者（以下この節において「業者」という。）に給付券を提出して住宅改修費の給付を受けるものとする。

（費用の負担）

第38条 給付決定者は、住宅改修費に要する費用の一部を業者に直接支払うものとする。

2 利用者負担額は、別表第3徴収基準額表によるものとする。

3 住宅改修に要する費用の限度額は別表第2に定める額とする。給付決定者は当該費用が限度額を超えた場合、その超えた額を負担しなければならない。

（費用の請求）

第39条 業者が町に住宅改修に係る費用を請求するにあたっては、給付券を添付するものとする。

2 業者が町長に請求できる額は、住宅改修に要した費用から前条の規定による利用者負担額を控除した額とする。この場合において、住宅改修に要した費用は、別表第2に定める額を限度とする。

（費用の返還）

第40条 町長は、虚偽その他不正な手段により住宅改修の給付を受けた者があるときは、当該住宅改修費の給付に要した費用の全部又は一部を返還させることができる。

## 第7章 手話奉仕員養成研修事業

（目的）

第41条 手話で日常会話を行うのに必要な手話語彙及び手話表現技術を習得した者を養成し、意思疎通を図ることに支障がある障害者等の自立した日常生活又は社会生活を営むことができるようにすることを目的とする。

（実施主体）

第42条 町長は、事業の一部を適切な事業運営を行うことができると認める社会福祉法人等（以下この章において「受託者」とする。）に委託することができる。

（事業内容）

第43条 聴覚障害者等との交流活動の促進、町の広報活動などの支援者として期待される

日常会話程度の手話表現技術を習得した手話奉仕員を養成するため、対象者に対して次に掲げる講習会を開催する。

(1) 手話奉仕員養成講座（入門課程）

(2) 手話奉仕員養成講座（基礎課程）

（対象者）

第44条 事業の対象者は、町内に居住し、聴覚障害者等の自立と社会参加に理解を有する者であって、町長が認めた者とする。

2 前条第2号の講習会を受講することができる者は、同条第1号の講習会を修了した者とする。

（費用の負担）

第45条 事業の対象者は、教材費等受講に必要な実費が生じたときは、自己の負担において受講するものとする。

（修了証書の交付）

第46条 町長は、第43条各号に規定する講習をした者に対し、当該講習ごとに修了証書を交付するものとする。

（手話奉仕員の登録）

第47条 町長は、次に掲げる者を加美町手話奉仕員登録者名簿（様式第14号）に登録するものとする。

(1) 第43条第2号の講習会を修了した者

(2) 前号の者と同等の能力を有する者で、加美町手話奉仕員登録申出書（様式第15号）により登録を申し出た者

2 町長は、前項の規定により登録した手話奉仕員に対し、加美町手話奉仕員登録証（様式第16号）を交付するものとする。

（登録の解除）

第48条 前条の規定により登録を受けた者（以下この章において「登録者」とする。）が手話奉仕員としての活動を行うことができなくなったときは、当該登録者は、町長に対し、加美町手話奉仕員登録解除申出書（様式第17号）を提出するとともに、加美町手話奉仕員登録証を速やかに返還しなければならない。

2 町長は、前項の規定により申出があったときは、速やかに当該登録者を加美町手話奉仕員登録者名簿から削除するものとする。

（実績報告）

第49条 第42条の規定により受託者に事業の一部を委託した場合において、受託者は、事業終了後速やかに講習会の実績等について報告しなければならない。

## 第8章 移動支援事業

### (目的)

第50条 屋外での移動が困難な障害者等に対して、外出のための支援を行うことにより、地域における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51条 町長は、法に基づく指定障害福祉サービス事業者等の実施機関に委託のうえ、事業を実施するものとする。

### (受託機関)

第52条 前条の規定により町長がこの事業を委託する実施機関（以下この章において「受託機関」とする。）は別表第4に掲げるものとする。

- 2 事業に従事する者は、介護福祉士及び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3月24日厚生労働省告示第110号）に該当する者をもって充てる。

### (事業内容)

第53条 この事業の内容は、社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の社会参加のための外出で、原則として1日の範囲内で用務を終える外出の際の移動の支援をするものとする。

- 2 事業の利用時間は、月20時間を限度とする。ただし、町長が特別の事情があると認めるときは、この限りでない。

### (利用対象者)

第54条 事業の利用対象者は、町内に居住地を有する障害者等であって、町長が外出時の移動支援が必要と認めた者とする。

### (申請)

第55条 この事業を利用しようとする者（以下この章において「利用者」という。）は、移動支援事業利用申請書（[様式第18号](#)）により町長に申請しなければならない。

- 2 町長は、前項の申請があったときは、支給要否決定を行うため、利用者の心身の状況等について調査を行うものとする。ただし、法に基づく障害支援区分認定調査等を実施している場合は、これを省略することができる。

### (利用決定の通知等)

第56条 町長は、前条の申請に対し利用の可否を決定し、その旨を移動支援事業利用決定（却下）通知書（様式第15号）により、当該申請者に通知するとともに、移動支援事業利用者カード（様式第16号）を交付するものとする。

（支給決定の取り消し）

第57条 町長は、利用決定者が次の各号のいずれかに該当するときは、利用を取り消すことができる。

- (1) この事業の対象者でなくなった場合
- (2) 不正または虚偽の申請により利用決定を受けた場合
- (3) その他町長が利用を不相当と認めた場合

（サービスに要する費用）

第58条 サービスに要する費用（以下この章において「サービス費用」という。）の基準額は、[別表第5](#)に定める額とする。

（利用者負担）

第59条 利用者は、サービス費用の基準額の1割を受託機関に支払うものとする。

- 2 利用者の負担額は、当該年度の世帯の収入状況（4月から6月までの利用については、前々年度とする。）により別表第6に掲げる利用者負担上限額を限度とする。

（委託費の支払い）

第60条 受託機関は、第49条のサービス費用から前条の利用者負担額を控除した額を、サービスを提供した月の翌月10日までに、町長に請求するものとする。

- 2 町長は、前項の請求を受けたときは、その内容を審査し、請求日から30日以内に委託費を支払うものとする。

（調査及び確認）

第61条 町長は、この事業を実施する受託機関の長に対し、適切に事業が遂行されているか調査し、報告を求め、必要に応じて実地に確認し、必要な指導を行うことができる。

## 第9章 訪問入浴サービス事業

（目的）

第62条 家庭において入浴することが困難な身体障害者に対して、訪問により居宅で入浴サービスを提供し、身体の清潔保持と心身機能の維持及び福祉の向上を図ることを目的とする。

（実施主体）

第63条 町長は、適切な事業運営が確保できると認める社会福祉法人等の実施機関に委託

のうえ、事業を実施するものとする。

(受託機関)

第64条 前条の規定により町長がこの事業を委託する実施機関（以下この章において「受託機関」という。）は、別表第7に掲げるものとする。

2 受託機関は、この事業の趣旨を常に念頭に置き事業を実施するとともに、その職務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

(対象者)

第65条 事業の対象者は、町内に住所を有する者で、訪問入浴サービスを必要とする身体障害者とする。ただし、介護保険法（平成9年法律123号）の給付対象者を除くものとする。

(事業内容)

第66条 事業の内容は、次のとおりとする。

- (1) 入浴、洗髪及び清拭等の介助
- (2) 入浴等介助前後の血圧、脈拍、体温等の測定による健康管理
- (3) 健康相談、助言指導及びその他必要な処置

2 入浴の利用回数は、月10回までとする。

(申請)

第67条 事業を利用しようとする者は、訪問入浴サービス事業利用申請書（様式第21号。以下この章において「申請書」という。）に次の各号に掲げる書類を添えて、町長に申請しなければならない。

- (1) 入浴承諾書（様式第22号）
- (2) 入浴可否意見書（様式第23号）
- (3) その他町長が必要と認める書類

(利用の決定)

第68条 町長は、前条の規定による申請書等が提出されたときは、現況調査書（様式第24号）により、必要な調査を行い、訪問入浴サービスの提供の可否を決定し、その結果を訪問入浴サービス事業利用決定（却下）通知書（様式第25号）により、当該申請者に通知するとともに、訪問入浴サービス事業利用者カード（様式第26号）を交付するものとする。

(遵守事項)

第69条 前条の決定を受けた対象者（以下この章において「利用者」という。）及びその

保護者は、次に掲げる事項を守らなければならない。

- (1) 利用者の入浴時における事故を防止するため、訪問入浴サービスを受ける前に主治医等の意見を聴き、必要に応じて診断を受けさせること。
- (2) 訪問入浴サービスの利用に当たっては、これに立会い協力すること。
- (3) 入浴により緊急を要する状態の変化が生じた場合には、直ちに緊急処置を講じるとともに、その旨を町長に報告すること。
- (4) 利用者が病気その他の理由で訪問入浴サービスを受けることができなくなったときは、直ちに受託機関に連絡すること。

(停止又は廃止)

第70条 町長は、次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、訪問入浴サービス事業停止・廃止通知書（様式第27号）により利用者に通知するものとする。

- (1) 入浴により心身に悪影響を及ぼすおそれがあるとき。
- (2) 事業実施上支障のある行為があったとき。
- (3) 死亡、転出、病院入院、施設入所したとき。
- (4) 訪問入浴サービスがなくなつたとき。
- (5) その他町長が訪問入浴サービスの利用が困難と判断したとき。

(変更届の義務)

第71条 利用者は、身体状況の変化等の変更が生じた場合、訪問入浴サービス事業利用状況変更届（様式第28号）に入浴可否意見書を添えて、速やかに町長に届け出なければならない。

(サービス提供に要する費用)

第72条 サービス提供に要する費用（以下この章において「サービス費用」という。）

は、別表第8に定める額とする。

(利用者負担)

第73条 利用者は、サービス費用の基準額の1割を受託機関に支払うものとする。

- 2 利用者が同一の月に受けたサービスに係る利用者負担額が、別表第6に掲げる月額負担上限額を超える場合には、その月の利用者負担額は、月額負担上限額とする。

(費用の支払い)

第74条 受託機関は、第72条のサービス費用から前条の利用者負担額を控除した費用を、サービスを提供した月の翌月10日までに、訪問入浴サービス事業利用状況報告書（様式第29号）を添えて、町長に請求するものとする。

2 町長は、前項の請求を受けたときは、その内容を審査の上、当該請求のあった日から30日以内に費用を支払うものとする。

(調査及び確認)

第75条 町長は、受託機関に対し、適切に事業が遂行されているか調査し、報告を求め、必要に応じて実地に確認し、必要な指導を行うことができる。

## 第10章 日中一時支援事業

(目的)

第76条 障害者等の日中における一時預かり事業を実施し、家族の負担軽減及び見守り、社会に適応するための日常的な訓練等多様な福祉サービスの提供を行うことにより、障害者等とその家族の生活を支援することを目的とする。

(実施主体)

第77条 町長は、適切な事業運営を行うことができると認める社会福祉法人等の実施機関に委託のうえ、事業を実施するものとする。

(受託機関)

第78条 前条の規定により町長がこの事業を委託する実施機関（以下この章において「受託機関」という。）は、別表第9に掲げるものとする。

(事業内容)

第79条 この事業の内容は、次のとおりとする。

- (1) 日中一時支援 障害者施設等において、障害者等を一時的に預かり、見守り及び社会適応のための支援を行うものとする。
- (2) 送迎サービス 前号の事業の利用にあたり、自ら通うことが困難な障害者等に対し、送迎サービスを提供するものとする。

(対象者)

第80条 この事業の対象者は、町長が援護の実施者となる障害者等とする。ただし、第78条に規定する受託機関において処遇することが困難な医療を要する者等を除くものとする。

(実施方法)

第81条 この事業の実施方法は、次のとおりとする。

- (1) 利用者の事前登録

ア 各事業の利用を希望する対象者及びその保護者等（以下この章において「利用者」という。）は、あらかじめ、町長に対し、日中一時支援事業登録申請書（様式

第30号)を提出しなければならない。

イ 町長は、申請があったときは、速やかに内容を審査し、利用の可否を決定したときは、日中一時支援事業利用承認（不承認）決定通知書（様式第31号。以下この章において「決定通知書」という。）により申請者に通知するとともに、日中一時支援事業利用者台帳（様式第32号）を作成し、その写しを受託機関の長に送付するとともに、日中一時支援事業利用者カード（様式第33号）を利用者に交付するものとする。

ウ 受託機関の長は、日中一時支援事業利用者台帳に登録された利用者について、必要に応じて利用者の状況の聞き取りを行い、その状態把握に努めるものとする。

## (2) 事業の実施等

ア 利用者は、各事業を利用しようとするときは、事前に受託機関に電話等で申し込むものとする。

イ 利用者は、決定通知書と利用者カードを受託機関に提示し、日中一時支援事業利用申込書（様式第34号）により、受託機関を経由の上、町長に申し込むものとする。

ウ 利用回数は月20回を限度とする。ただし、町長が特別の事情があると認めたときは、この限りでない。

エ 申し込みを受けた受託機関の長は、利用状況等について調整のうえ、利用が可能と見込める場合は、事前に町長及び利用者に連絡するものとする。

オ 受託機関の長は、この事業を実施した場合、町長に対し、実施した月の翌月の10日までに日中一時支援事業実施状況報告書（様式第35号）を提出するものとする。

(費用の負担)

第82条 事業の利用に要した費用について、町長は、別表第10に定める基準額から利用料を控除した額を受託機関へ支払うものとする。

2 利用者は、別表第10に定める利用料の額を受託機関に支払うものとする。

3 利用者の負担額は、当該年度の世帯の収入状況（4月から6月までの利用については、前々年とする。）により別表第6に掲げる利用者負担上限額を限度とする。

(調査及び確認)

第83条 町長は、受託機関に対し、適切に事業が遂行されているか調査し、報告を求め、必要に応じて実地に確認し、必要な指導を行うことができる。

## 第11章 生活サポート事業

(目的)

第84条 介護給付支給決定者以外の障害者等に対し、日常生活に関する支援・家事に対する必要な支援を行うことにより、障害者等の地域での自立した生活の推進を図ることを目的とする。

(事業内容)

第85条 この事業の内容は、介護給付支給決定者以外の者であって、日常生活に関する支援を行わなければ、本人の生活に支障をきたすおそれのある者に対して、ホームヘルパー等を居宅に派遣し、必要な生活支援及び家事援助を行う。

2 生活支援の内容は、次に掲げるものとする。

- (1) 居宅における相談支援、声かけ、見守り。
- (2) 居宅周辺における身体介護を伴わない声かけ、見守り。
- (3) 居宅周辺における、明確な目的のない散歩等（公園での日向ぼっこ、ウインドウショッピング等）

3 家事援助の内容は、次に掲げるものとする。

- (1) 居宅における調理、衣類の洗濯・補修、掃除・整理整頓、生活必需品の買い物、関係機関との連絡等。

(対象者)

第86条 この事業の対象者は、障害者等で介護給付支給決定者以外の者とする。

(利用の申請)

第87条 事業を利用しようとする者（以下この章において「利用者」という。）は、生活サポート支援事業利用（変更）申請書（様式第36号）を町長に提出するものとする。

(利用の決定及び通知)

第88条 町長は、前条の規定による申請書を受理したときは、内容を審査のうえ、利用の可否を決定するものとする。

2 町長は、前項の規定により利用の可否を決定したときは、生活サポート支援事業利用決定通知書（様式第37号）又は生活サポート支援事業利用却下通知書（様式第38号）により通知するものとする。

(利用の方法)

第89条 利用者がこの事業を利用しようとするときは、生活サポート支援事業利用決定通知書を事業所に提示し、直接依頼するものとする。

(利用料)

第90条 利用者は、事業を利用したときにかかる費用の1割を負担するものとする。

(利用料の減免)

第91条 町長は、利用者及びその所属する世帯が次に該当するときは、前条に規定する利用料を減免することができる。

(1) 生活保護法（昭和25年法律第144号）に基づく生活扶助を受けている世帯にあっては、利用料の全額を免除する。

(利用料の支払い)

第92条 利用者は、事業者により負担することとされている額を当該事業者へ直接支払うものとする。

2 町長は、利用した業者からの請求書により、利用した額から前項により利用者が直接事業者へ支払った額を減じた額を支払うものとする。

(利用台帳の整備)

第93条 町長は、利用者等の状況を明確にするため利用台帳を整備するものとする。

(遵守事項)

第94条 事業者は、正当な理由なく業務上知り得た利用者等に関する秘密を漏らしてならない。

## 第12章 自動車運転免許取得・改造助成事業

### 第1節 障害者自動車運転免許取得費助成事業

(目的)

第95条 障害者の社会参加を促進するため、障害者が自動車運転免許証（以下この章において「免許」という。）を取得する費用の一部について、当該障害者に対し、予算の範囲内において、障害者自動車運転免許取得費補助金（以下この節において「補助金」という。）を交付するものとする。

(交付対象者)

第96条 補助金の交付対象者は、加美町内に居住し、法第4条第1項に定める障害者であって、免許の取得により、社会参加が見込まれる者とする。

(交付対象経費及び補助金)

第97条 補助金の対象経費は、免許取得に直接要した費用とし、額は次のとおりとする。

(1) 交付対象経費に3分の2を乗じて得た額以内とし、千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。

(2) 前号の額が10万円を超えるときは、10万円を限度とする。

(交付の申請)

第98条 補助金交付申請書の様式は、様式第39号によるものとし、その提出部数は1部とする。

2 前項に定める補助金交付申請書は、自動車教習所入学前に、あらかじめ町長に提出しなければならない。

3 補助金交付申請書に添付しなければならない書類は、次のとおりとする。

- (1) 身体障害者手帳または療育手帳及び精神保健福祉手帳の写し等障害の程度がわかる物
- (2) 申請者の住民票謄本

(交付の決定)

第99条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し適当と認めるときは、補助金交付を決定し、様式第40号により指令書を交付するものとする。

(交付の条件)

第100条 交付の条件は次のとおりとする。

- (1) 前条の交付決定通知が届いた後に、自動車教習所の入学手続きを行い、教習を受けること。
- (2) 補助事業の内容を変更する場合には、補助金交付申請内容変更承認申請書(様式第41号)により町長の承認を受けること。ただし、軽微な変更にあつてはこの限りでない。
- (3) 補助事業を中止・廃止する場合には、補助金交付中止・廃止承認申請書(様式第42号)により町長の承認を受けること。

(実績報告)

第101条 補助金実績報告書の様式は、様式第43号によるものとし、提出部数は1部とする。

2 補助金実績報告書に添付しなければならない書類は、次のとおりとする。

- (1) 免許の写し
- (2) 免許取得に要した費用の支払いを証明する書類(領収書等)
- (3) 口座振替依頼書

(補助金の交付方法)

第102条 補助金は、補助金の額の確定後に交付するものとする。

第2節 身体障害者用自動車改造費助成事業

(目的)

第103条 重度身体障害者（上肢、下肢又は体幹機能の障害等級が3級以上の身体障害者をいう。以下同じ）の社会参加を促進するため、自動車を自ら所有し、運転する重度身体障害者が行う自動車の改造に有する経費について、当該障害者に対し、予算の範囲内において身体障害者用自動車改造費補助金（以下この節において「補助金」という。）を交付するものとする。

(交付対象者)

第104条 補助金の交付対象者は、加美町内に居住し、身体障害者手帳の交付を受けている重度身体障害者であって、次の要件のいずれにも該当する者とする。

- (1) 自ら所有し運転する自動車の操向装置等の一部を改造することにより、社会参加が見込まれる者
- (2) 前年の所得税課税所得金額（各種所得控除後の額）が、改造助成を行う月の属する年の特別障害者手当の所得制限限度額を超えない者

(交付対象経費及び補助金)

第105条 補助金の対象経費は、自動車の改造に直接要した費用とし、補助額は次のとおりとする。

- (1) 交付対象経費に3分の2を乗じて得た額以内とし、千円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てる。
- (2) 前号の額が10万円を超える時は、10万円を限度とする。

(交付の申請)

第106条 補助金交付申請書の様式は、様式第44号によるものとし、その提出部数は1部とする。

- 2 前項に定める補助金交付申請書は、補助事業を遂行する前に、あらかじめ町長に提出しなければならない。
- 3 補助金交付申請書に添付しなければならない書類は、次のとおりとする。
  - (1) 就労等計画書、自動車改造計画書及び収支予算書（様式第45号）
  - (2) 身体障害者手帳及び免許の写し
  - (3) 改造を行う業者の見積書（改造箇所及び経費を明らかにしたもの）
  - (4) 改造箇所の図面
  - (5) 申請者の住民票謄本
  - (6) 前年の所得税課税所得金額（各種所得控除後の額）が、改造助成を行う月の属する

年の特別障害者手当の所得限度額を超えないことが確認できる書類

(交付の決定)

第107条 町長は、前条の申請書を受理したときは、その内容を審査し適当と認めるとき  
は、補助金交付を決定し、様式第46号により指令書を交付するものとする。

(交付の条件)

第108条 交付の条件は次のとおりとする。

- (1) 補助事業の内容を変更する場合においては、補助金交付申請内容変更承認申請書  
(様式第47号)により町長の承認を受けること。ただし、軽微な変更にあつてはこの  
限りでない。
- (2) 補助事業を中止し、又は廃止する場合においては、補助金交付中止・廃止承認申請  
書(様式第48号)により町長の承認を受けること。

(実績報告)

第109条 補助金実績報告書の様式は、様式第49号によるものとし、提出部数は1部とす  
る。

2 補助金実績報告書に添付しなければならない書類は、次のとおりとする。

- (1) 自動車改造費領収明細書又は請求明細書
- (2) 自動車検査証の写し
- (3) 改造箇所の図面(申請書添付図面と変わらない場合は不要とする。)
- (4) 口座振替依頼書

(補助金の交付方法)

第110条 補助金は、補助金の額の確定後に交付するものとする。

### 第13章 更生訓練費・施設入所者就職支度金給付事業

(目的)

第111条 法に基づく就労移行支援事業又は自立訓練事業を利用している者に更生訓練費  
を支給し、社会復帰の促進を図ることを目的とする。

(対象者)

第112条 この事業の対象者は、法第19条第1項に規定する本町による支給決定障害者の  
うち就労移行支援事業又は自立訓練事業を利用している者とする。ただし、障害福祉サ  
ービスに係る利用者負担額の生じない者、又はこれに準ずるものとして町長が認めた者  
とする。

(支給額)

第113条 更生訓練費の支給額は、訓練の内容等を勘案して必要と認めた「訓練のための経費」及び「通所のための経費」を合算した額とする。

(1) 訓練のための経費（月額）

|        | 訓練に従事した日が15日以上<br>の場合 | 訓練に従事した日が15日未満の<br>場合 |
|--------|-----------------------|-----------------------|
| 自立訓練   | 6,300円                | 3,150円                |
| 就労移行支援 | 3,150円                | 1,600円                |

(2) 通所のための経費（月額）

次の施設別日額に訓練のために通所した日数を乗じて得た額と支給対象者の当該月の実支出額とを比較して少ない方の額とする。

|        | 日額   |
|--------|------|
| 自立訓練   | 280円 |
| 就労移行支援 |      |

(代理受領等)

第114条 前条の規定により支給の決定を受けた者（以下この章において「支給決定者」という。）は、更生訓練費の支給申請手続及びその受領を更生訓練を行う施設の長（以下この章において「施設長」という。）に委任することができるものとする。この場合施設長は、支給決定者から支給申請手続及び受領に関する委任状を徴収しなければならない。

(支給手続き)

第115条 支給決定者が更生訓練費を受給しようとする場合は、原則としてすでに訓練を終わった前月分について翌月のはじめに、当該訓練を受けた日数等についての当該施設長の証明を附して町長に申請するものとする。

2 申請を受理した町長は申請書の内容を確認し、すみやかに申請者に対する支給手続を行うものとする。

第14章 知的障害者職親委託事業

(目的)

第116条 知的障害者の自立更生を図るため、知的障害者を一定期間、知的障害者の更生援護に熱意を有する事業経営者等の私人（以下「職親」という。）に預け、生活指導及び技術習得訓練等を行うことによって、就職に必要な素地を与えるとともに雇用の促進と職場における定着を高め、もって知的障害者の福祉の向上を図ることを目的とする。

(職親の申請)

第117条 職親になることを希望する者（以下この章において「申請者」という。）は、知的障害者職親申請書（様式第50号）により町長に申請しなければならない。

2 町長は、前項の申請書を受理したときは、知的障害者職親申込者調査書（様式第51号）に基づき内容を審査し、決定の可否を知的障害者職親申込承認通知書（様式第52号）又は知的障害者職親申込不承認通知書（様式第53号）により申請者に通知するものとする。

3 町長は、前項の規定により申請者を職親とすることを決定したときは、知的障害者職親台帳（様式第54号）を備え、職親について必要な事項を記載しなければならない。

(職親委託の申請)

第118条 町内に居住地を有する知的障害者又はその保護者（配偶者、親権を行う者、後見人その他の者で知的障害者を現に保護する者をいう。以下この章において「知的障害者等」という。）で、職親へ委託を希望する者は、知的障害者職親委託申請書（様式第55号）を町長に提出するものとする。

(職親委託の決定)

第119条 町長は、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第16条第2項の規定による判定の結果、職親委託が適当と認められる知的障害者等に知的障害者職親委託決定通知書（様式第56号）により通知するものとする。

(職親委託期間)

第120条 町長は、知的障害者を職親に委託するときは、1年以内の期間（更新を妨げない。）を定めて委託するものとし、当該期間内に職親委託の目的が達成され、一般雇用関係への切り換え又は新たに就職できるよう努めるものとする。

(委託料の支払い等)

第121条 町長は、委託をした職親に対し委託料を支払うものとする。ただし、委託料の額は、職親が知的障害者に対し行う生活指導及び技能習得訓練等の内容を勘案して町長が必要と認めた額とする。

(職親の義務)

第122条 知的障害者を自己の下に預かり監督する職親は、民法（明治29年法律第89号）の規定に従い監督者としての責任を負うものとする。この場合において、当該知的障害者は、民法上の賠償の責任を負わない。

2 職親又はその家族は、次の各号のいずれかに該当する場合は、町長に遅滞なく通知し

なければならない。

- (1) 委託を受けた知的障害者に身体的又は精神的な変化が認められたとき。
- (2) 委託を受けた知的障害者が事故等により 1 週間以上職親の監督から離れたとき。
- (3) 委託を受けた知的障害者の保護及び更生指導が困難となったとき。
- (4) 事業の内容を変更し、又は廃止し、若しくは移転しようとするとき。
- (5) 職親が死亡したとき。

(知的障害者及びその保護者の義務)

第123条 知的障害者は、職親の指示及び指導に従うとともに、自ら生活指導及び職業、技能等の訓練に努力するとともに保護者もこれに協力しなければならない。

2 保護者は、当該知的障害者を職親に委託している理由をもって職親に賃金、給与その他の名目で金品を要求してはならない。

3 保護者は、次の各号のいずれかに該当するときは速やかに町長にその旨を報告し、その指示を受けなければならない。

- (1) 保護者が住所を変更したとき。
- (2) 当該知的障害者が理由なく職親の下を離れ帰宅したとき。
- (3) 当該知的障害者に身体的又は精神的変化が認められたとき。
- (4) 当該知的障害者が家事の都合又は事故等により引き続き 1 週間以上職親から離れなければならないとなったとき。

(職親の解除)

第124条 委託を決定した町長は、次の各号のいずれかに該当するときは、職親に対し委託を解除することができる。

- (1) 当該知的障害者又は職親が事故等により委託が不可能と認められるとき。
- (2) 当該知的障害者又は職親が義務を履行しないとき。
- (3) 虚偽の報告など不正な行為があったとき。
- (4) その他委託の措置が不相当と認められたとき。

## 第15章 重度障害者等介助人派遣事業

(目的)

第125条 常時介護が必要な在宅の重度障害者等に対し介助人等を派遣し、介助及び見守り等のサービスを提供することにより、重度障害者等及び家族の日常生活の安定を図るとともに自立と社会参加を促進することを目的とする。

(対象者)

第126条 この事業の対象者は、加美町に居住する常時介護を必要とする在宅の重度障害者等で、次の各号のいずれにも該当し、町長が派遣の必要性があると認めた者とする。

- (1) 身体障害者手帳の交付を受けた者
- (2) 両上肢、両下肢（又は体幹）のいずれにも障害が認められる肢体不自由1級の者
- (3) 人工呼吸器を装着している者
- (4) 単身者、夫婦とも障害者又は同居家族が高齢等の理由により家族の介助が得られない者

(サービスの内容)

第127条 サービスの内容は、次の各号に掲げるものとする。ただし、対象者に対しての日常の基本的な身体介護及び家事援助については、現行の障害福祉サービスの介護給付内の身体介護中心及び家事援助中心で供与するものとする。

(1) 身体の介護に関すること。

- ア 体位交換
- イ 水分補給
- ウ 排泄跡介助
- エ その他必要な身体の介護

(2) 家事に関すること。

- ア 居室等の掃除、整理整頓
- イ 関係機関との連絡
- ウ その他必要な家事

(3) 相談、助言に関すること。

生活、身上、介護に関する相談、助言

(4) 外出時における移動の介護。

外出時の移動の介護等、外出時付き添いに関すること

(5) 日常生活における見守り等に関すること。

(6) (1)から(5)に掲げるサービスに付帯するその他必要な介護及び家事、相談、助言に関すること。

(介助人の斡旋等)

第128条 介助人は、対象者が推薦する家政婦協会等（以下この章において「事業者等」という。）に所属する者で、町長が適当と認める者とする。ただし、介助人は、対象者の3親等以内の親族は除くものとする。

2 事業者等は、身体介護やコミュニケーション等に特別な配慮を必要とする対象者に対しサービスを提供するために、対象者が推薦し、町長から斡旋を受けた者を介助人として派遣するものとする。

(サービス利用の手続き)

第129条 サービスの利用手続きは、次の各号に掲げるところによる。

- (1) 派遣サービスを利用する者は、重度障害者等介助人派遣事業申請書（様式第57号）に、重度障害者等介助人派遣・あっせん同意書（様式第58号）を添えて町長に提出するものとする。
- (2) 町長は、申請者の身体その他の状況及びその置かれている環境を十分に勘案のうえ適否を決定して、重度障害者等介助人派遣事業決定通知書（様式第59号）により申請者に通知するものとし、適当と認めたときは、事業者等に斡旋するものとする。
- (3) 推薦した者が町長から介助人として適当と認められ、事業者等に対し斡旋を行った旨の通知を受けた申請者は、当該介助人が事業者等との間に雇用等の契約が締結されたことを確認した後、利用者は事業者等とサービスの利用契約を締結することができるものとする。

(費用)

第130条 介助人の費用については、時給750円とし、利用者の月額費用負担は上限額を15万円とする。ただし、時給の単価については、今後の経済情勢により改定されることも考慮するものとする。

(介助人の研修)

第131条 町長は、斡旋先の事業者等との連携の下、介助人に対し研修を実施するなど、介助人の身体障害福祉への理解と介助を適切に行う能力の向上に努めるものとする。

(他事業との連携)

第132条 町長は、事業者等との連携の下、当該事業と他の在宅福祉サービスとの十分な調整を行い、一体的かつ効率的な運営を図るものとする。

## 第16章 雑則

(補則)

第133条 この規則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

この規則は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成28年3月30日規則第11号）

この規則は、平成28年4月1日から施行する。

附 則（平成29年7月28日規則第14号）

この規則は、平成29年8月1日から施行する。

附 則（平成30年3月30日規則第6号）

この規則は、平成30年4月1日から施行する。

附 則（平成30年4月27日規則第9号）

この規則は、平成30年5月1日から施行する。

附 則（平成30年9月27日規則第16号）

この規則は、平成30年10月1日から施行する。

附 則（平成31年3月29日規則第8号）

この規則は、平成31年4月1日から施行する。

附 則（令和元年11月29日規則第20号）

この規則は、令和元年12月1日から施行する。

別表第1（第19条関係）

|           |  |
|-----------|--|
| 手話通訳者派遣事業 | 派遣単価 2,000円／時間<br>交通費 実費支給、自家用車の場合（37円／km） |
| 要約筆記者派遣事業 | 派遣単価 2,000円／時間<br>交通費 実費支給、自家用車の場合（37円／km） |

別表第2（第22条、第27条、第28条、第31条、第32条、第38条、第39条関係）

|                            | 種目    | 対象者   | 性能  | 耐用年数 | 基準額      |
|----------------------------|-------|---|---|------|----------|
| 介<br>護<br>・<br>訓<br>練<br>用 | 特殊寝台  | 下肢又は体幹機能障害<br>2級以上の身体障害<br>者。又は難病患者等で<br>寝たきりの状態にある<br>者。 | 腕、脚等の訓練のでき<br>る器具を付帯し、原則<br>として身体障害者等の<br>頭部及び脚部の傾斜角<br>度を個別に調整できる<br>機能を有するもの。 | 8年   | 154,000円 |
| 支<br>援<br>用<br>具           | 特殊マット | 下肢又は体幹機能障害<br>1級で常時介護を必要<br>とする身体障害者（身<br>体障害児の場合は2級      | 褥瘡の防止、失禁等に<br>よる汚染又は損耗を防<br>止できる機能を有する<br>もの。                                   | 5年   | 19,600円  |

|       |  |   |    |         |
|-------|--|---|----|---------|
|       | を含む。)及び重度又は最重度の知的障害者(児)。又は難病患者等で寝たきりの状態にある者(児)。ただし、原則として3歳以上の者。                        |   |    |         |
| 特殊尿器  | 下肢又は体幹機能障害1級で常時介護を要する身体障害者(児)。又は難病患者等で自力で排尿できない者(児)。ただし、原則として学齢児以上の者。                  | 尿が自動的に吸引されるもので、身体障害者(児)等又は介護者が容易に使用し得るもの。 | 5年 | 67,000円 |
| 入浴担架  | 下肢又は体幹機能障害2級以上の身体障害者(児)で、入浴に当たり家族等他人の介助を要する者に限る。ただし、原則として3歳以上の者。                       | 身体障害者(児)を担架に乗せたままリフト装置により入浴させるもの。         | 5年 | 82,400円 |
| 体位変換器 | 下肢又は体幹機能障害2級以上の身体障害者(児)で、下着交換等に当たり家族等他人の介助を要する者。又は難病患者等で寝たきりの状態にある者(児)。ただし、原則として学齢児以上の | 介助者が身体障害者(児)等の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの。       | 5年 | 15,000円 |

|        |   |   |    |          |  |
|--------|---|---|----|----------|--|
|        |   | 者。  |    |          |  |
| 移動用リフト | 下肢又は体幹機能障害<br>2級以上の身体障害者<br>(児)。又は難病患者<br>等で下肢又は体幹機能<br>に障害のある者<br>(児)。ただし原則と<br>して3歳以上の者。    | 介護者が身体障害者<br>(児)等を移動させる<br>にあたって、容易に使<br>用し得るもの。ただ<br>し、天井走行型その他<br>住宅改修を伴うものを<br>除く。         | 4年 | 159,000円 |  |
| 訓練いす   | 下肢又は体幹機能障害<br>2級以上の身体障害児<br>で原則3歳以上の者。  | 原則として付属のテー<br>ブルを付けるものとす<br>る。  | 5年 | 33,100円  |  |
| 訓練用ベッド | 下肢又は体幹機能障害<br>2級以上の身体障害児<br>で原則学齢児以上の<br>者。又は難病患者等で<br>下肢又は体幹機能に障<br>害のある者(児)で原<br>則が学齢児以上の者。 | 腕又は脚の訓練等ので<br>きる器具を備えたも<br>の。   | 8年 | 159,200円 |  |
| エアーマット | 下肢又は体幹機能障害<br>1級で、常時介護を必<br>要とする身体障害者<br>(児)。   | 褥瘡の防止のためのも<br>のであって、エアーマ<br>ットと送風装置からな<br>るもの。(水等によっ<br>て減圧による体圧分散<br>効果をもつウォーター<br>マット等を含む。) | 5年 | 176,000円 |  |
| 自立生活支援 | 入浴補助用具<br>下肢又は体幹機能に障<br>害を有する身体障害者<br>(児)で入浴に介助を<br>必要とする者。又は難<br>病患者等で寝たきりの<br>状態にある者(児)。    | 入浴時の移動、座位の<br>保持、浴槽への入水等<br>を補助でき、身体障害<br>者(児)等又は介助者<br>が容易に使用し得るも<br>の。ただし、設置に当              | 8年 | 90,000円  |  |

|    |           |  |   |  |         |
|----|-----------|--|---|--|---------|
| 用具 |           | ただし、原則として3歳以上の者。                                       | たり住宅改修を伴うものを除く。   |  |         |
|    | 便器        | 便器   | 下肢又は体幹機能障害  | 身体障害者（児）等が8年                                   | 4,450円  |
|    |           | 手すり（手すりをつけた場合）   | 2級以上の身体障害者（児）。又は難病患者等で常時看護を有する者（児）。ただし、原則として学齢児以上の者。  | 容易に使用し得るもの（手すりをつけられる）。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。 | 5,400円  |
|    | 歩行補助つえ    | 平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害の身体障害者で、移動等において介助を必要とする者。            | T字状・棒状の一本つえ。ただし、補装具として給付されるものを除く。   | 3年   | 3,000円  |
|    | 移動・移乗支援用具 | 平衡機能又は下肢若しくは体幹機能に障害を有する身体障害者（児）で、家庭内の移動等において介助を必要とする者。 | おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ等であること。<br>ただし、設置に当たり住宅改修を伴うものを除く。<br>(ア) 身体障害者（児）の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。<br>(イ) 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具とする。 | 8年   | 60,000円 |

|       |   |  |    |           |
|-------|---|--|----|-----------|
| 頭部保護帽 | 平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害を有する身体障害者   | 転倒の衝撃際から頭部を保護できる機能を有するもの。                  | 3年 |           |
|       | (児)、又は重度若しくは最重度の知的障害者(児)であって、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者。                                 | ア スポンジ及び革を主材料としているもの。                      |    | ア 15,200円 |
|       |   | イ スポンジ、革及びプラスチックを主材料としているもの。               |    | イ 36,750円 |
| 特殊便器  | 上肢障害2級以上の身体障害者(児)及び訓練を行っても自力での排便後の処理が困難な者。又は難病患者等で上肢機能に障害のある者(児)。ただし、原則として学齢児以上の者 | 足踏ペダルで温水温風を出し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。 | 8年 | 151,200円  |
| 火災警報器 | 障害等級2級以上の身体障害者(児)又は重度若しくは最重度の知的障害者(児)、難病患者等であってそれぞれ                               | 室内の火災を煙又は熱により感知し、音又は光を発し屋外にも警報ブザーで知らせ得るもの。 | 8年 | 15,500円   |
| 自動消火器 | れ火災発生の感知及び避難が著しく困難な者。ただし、火災発生の感知及び避難が著しく困難な者のみの世帯又はこれに準ずる世帯。                      | 室内温度の異常上昇又は炎の接触で自動的に消火液を噴射し、初期火災を消火し得るもの。  | 8年 | 28,700円   |
| 電磁調理器 | 視覚障害2級以上の視  | 視覚障害者又は知的障                                 | 6年 | 41,000円   |

|         |                         |  |                         |            |         |
|---------|-------------------------|--|-------------------------|------------|---------|
|         |                         | 覚障害者で盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯又は重度若しくは最重度の知的障害者で知的障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯         | 害者が容易に使用し得るもの。          |            |         |
|         | 歩行時間延長<br>信号機用小型<br>送信機 | 視覚障害2級以上の身体障害者（児）。ただし、原則として学齢児以上の者                                   | 視覚障害者（児）が容易に使用し得るもの。    | 10年        | 7,000円  |
|         | 聴覚障害者用<br>屋内信号装置        | 聴覚障害2級以上の聴覚障害者で、聴覚障害者のみの世帯及びこれに準ずる世帯                                 | 音、声音等を視覚、触覚等により知覚できるもの。 | 10年        | 87,400円 |
| 在宅療養等支援 | 透析液加温器                  | 腎臓機能障害3級以上の身体障害者（児）で、自己連続携帯式腹膜かん流法(CAPD)による透析療法を行う者。ただし、原則として3歳以上の者。 | 透析液を加温し、一定温度に保つもの。      | 5年         | 51,500円 |
| 用具      | ネブライザー<br>(吸入器)         | 呼吸器機能障害3級以上又は同程度の身体障害者（児）であって、必要と認められる者。                             | 身体障害者（児）等が容易に使用し得るもの。   | 5年         | 36,000円 |
|         | 電気式たん吸引器                | 又は難病患者等で呼吸器機能に障害のある者（児）。ただし、原則として学齢児以上の者。                            |                         | 5年         | 56,400円 |
|         | 動脈血中酸素飽和度測定器            |  |                         | 5年         | 50,000円 |
|         | 酸素ボンベ運                  | 医療保険における在宅   |                         | 身体障害者が容易に使 | 10年     |

|         |                 |  |  |    |          |
|---------|-----------------|--|--|----|----------|
|         | 搬車              | 酸素療法を行う身体障害者。  | 用し得るもの。  |    |          |
|         | 盲人用体温計<br>(音声式) | 視覚障害2級以上の視覚障害者(児)で盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯。ただし、原則として学齢児以上の者。                  | 視覚障害者(児)が容易に使用し得るもの。                           | 5年 | 9,000円   |
|         | 盲人用体重計          | 視覚障害2級以上の視覚障害者(児)で盲人のみの世帯及びこれに準ずる世帯。                                   | 視覚障害者が容易に使用し得るもの。                              | 5年 | 18,000円  |
| 情報・意思疎通 | 携帯用会話補助装置       | 肢体不自由又は音声機能若しくは言語機能障害であって、発声・発語に著しい障害を有する身体障害者(児)。ただし、原則として学齢児以上の者。    | 携帯式で、ことばを音声文は文章に変換する機能を有し、身体障害者(児)が容易に使用し得るもの。 | 5年 | 98,800円  |
| 支援用具    | 情報・通信支援用具       | 上肢機能障害又は視覚障害を有する身体障害者(児)であって、本装置の使用により社会参加の促進が図られると認められる者。ただし、学齢児以上の者。 | 障害者向けのパーソナルコンピュータ周辺機器や、アプリケーションソフト             | 6年 | 100,000円 |
|         | 点字ディスプレイ        | 視覚障害2級以上、又は視覚障害及び聴覚障害の重複障害2級以上の身体障害者(児)であって、必要と認めら                     | 文字等のコンピュータの画面情報を点字等により示すことのできるもの               | 6年 | 372,500円 |

|   |          |        |   |  |    |  |
|---|----------|--------|---|--|----|--|
|   |          |        | れる者。ただし、学<br>児以上の者。   |  |    |  |
| 点字器   |          |        | 視覚障害（児）であ<br>て、本装置の使用によ<br>り社会参加の促進が図<br>られると認められる<br>者。原則として学<br>児以上の者 | 視覚障害者（児）が容<br>易に使用し得るもので<br>次のとおりとする。  |    |  |
|   |          |        |   | (1) 標準型  | 7年 | (1) 標準型                                |
|   |          |        |   | ア 両面書真鍮板製  |    | 10,400円                                |
|   |          |        |   | イ 両面書プラスチック製   |    | 6,600円                                 |
|   |          |        |   | (2) 携帯用  | 5年 | (2) 携帯用                                |
|   |          |        |   | ア 片面書アルミニウム製   |    | 7,200円                                 |
| イ 片面書プラスチック製  |          | 1,650円 |   |  |    |  |
| 点字タイ<br>ライター  |          |        | 視覚障害2級以上の視<br>覚障害者（児）で就<br>若しくは就学している<br>者又は就労が見込ま<br>れる者               | 視覚障害者（児）が容<br>易に使用し得るもの。   | 5年 | 63,100円                                |
| 情報<br>障害者<br>・ポ<br>ータ<br>意<br>ブル<br>レ<br>コー<br>ダ<br>疎<br>一<br>通<br>支<br>援<br>用<br>具 | 録音再<br>生 |        | 視覚障害2級以上の視<br>覚障害者（児）。た<br>だし、原則として学<br>児以上の者                           | 音声等により操作ボタ<br>ンが知覚又は認識で<br>き、かつ、DAISY方<br>式による録音及び当該<br>方式により記録された<br>図書の再生が可能な製<br>品であって、視覚障<br>害者（児）が容易に使用<br>し得るもの。 | 6年 | 85,000円                                |
|   | 再生専<br>用 |        |   |  |    | 音声等により操作ボタ<br>ンが知覚又は認識で<br>き、かつ、DAISY方 |

|                      |   |  |  |          |  |
|----------------------|---|--|--|----------|--|
|                      |   |  | 式により記録された図書の再生が可能な製品であって、視覚障害者（児）が容易に使用し得るもの |          |  |
| 視覚障害者用<br>活字文書読上げ装置  | 視覚障害2級以上の視覚障害者（児）。ただし、原則として学齢児以上の者                            | 文字情報と同一紙面上に記載された当該文字情報を暗号化した情報を読み取り、音声信号に変換して出力する機能を有するもので、視覚障害者（児）が容易に使用し得るもの | 6年   | 99,800円  |  |
| 視覚障害者用<br>拡大読書器      | 視覚に障害を有する視覚障害者（児）であって、本装置により文字等を読むことが可能になる者。ただし、原則として学齢児以上の者。 | 画像入力装置を読み取り、印刷物等の画像（印刷物等）の上に置くことで、簡単に拡大された画像（文字等）をモニターに映し出せるもの。                | 8年   | 198,000円 |  |
| 盲人用<br>時計            | 触読  | 視覚障害2級以上の視覚障害者。なお、音声時計は、手指の触覚に障害がある等のため触読式時計の使用が困難な者を原則とする。                    | 10年  | 10,300円  |  |
|                      | 音声  |  |  | 13,300円  |  |
| 視覚障害者用<br>音声ICタグリーダー | 視覚障害2級以上の視覚障害者（児）。  | 点字、凸線等により操作ボタンが知覚でき、取り付けられたICタグから物品等の名称や情報を音声により識別が可                           | 6年   | 59,800円  |  |

|              |     |   |   |    |                                      |
|--------------|-----|---|---|----|--------------------------------------|
|              |     |   | 能な機器であって、視覚障害者（児）が容易に使用し得るもの。   |    |                                      |
| 聴覚障害者用通信装置   |     | 聴覚障害又は発声・発語に著しい障害を有するために、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められる聴覚障害者（児）等とする。ただし、原則として学齢児以上の者 | 一般の電話に接続することができ、音声の代わりに、文字等により通信が可能な機器であり、聴覚障害者（児）等が容易に使用できるもの  | 5年 | 71,000円                              |
| 聴覚障害者用情報受信装置 |     | 聴覚障害者（児）であって、本装置によりテレビの視聴が可能になる者。   | 字幕及び手話通訳付きの聴覚障害者（児）用番組並びにテレビ番組に字幕及び手話通訳の映像を合成したものを画面に出力する機能を有し、かつ、災害時の聴覚障害者（児）向け緊急信号を受信するもので、聴覚障害者（児）が容易に使用し得るもの。 | 6年 | 88,900円                              |
| 人工喉頭         | 笛式  | 音声機能若しくは言語機能障害者の喉頭摘出者。  | 呼気によりゴム等の膜を振動させ、ビニール等の管を通じて音源を口腔内に導き構音化し得るもの。   | 4年 | 5,000円<br>気管カニューレ付とした場合は3,100円を加算した額 |
| 情報人工喉頭       | 電動式 | 音声機能若しくは言語機能障害者の喉頭摘出  | 顎下部等にあてた電動板を振動させ経皮的に  | 5年 | 70,100円                              |

|   |                                   |  |   |   |                |
|---|-----------------------------------|--|---|---|----------------|
| ・<br>意<br>思<br>疎<br>通<br>支<br>援<br>用<br>具 |                                   | 者。   | 音源を口腔内に導き構音化するもの。   |   |                |
|   | 視覚障害者用<br>ワードプロセ<br>ッサー（共同<br>利用） | 視覚障害者（児）。た<br>だし、学齢児以上の<br>者。  | 編集、校正機能を持<br>ち、日本点字表記法に<br>基づき、入力した文章<br>の自動的な点字変換が<br>可能で点字プリンター<br>との連動により点字文<br>書の作成及び音声化が<br>できるもの  | — | 372,000円       |
|   | 点字図書                              | 主に情報の入手を点字<br>によって行っている視<br>覚障害者（児）  | 点字により作成された<br>図書  | — | 証明書による<br>価格   |
| 排<br>泄<br>管<br>理<br>支<br>援<br>用<br>具      | ストマ<br>蓄便袋                        | ぼうこう又は直腸機能<br>障害者であって、スト<br>ーマ造設者。<br>※「紙おむつ等」の給<br>付を受けた者は、<br>「紙おむつ等」の給<br>付期間中は本種目の<br>給付を受けることは<br>できない。<br>※ストマ用装具と紙お<br>むつの併給について<br>は、それぞれの要件<br>に該当し、常時両方<br>の用具による対応が | ア 低刺激性の粘着剤<br>を使用した密封型又<br>は下部開放型でラテ<br>ックス製又はプラス<br>チックフィルム製の<br>収納袋<br>イ ストマ装具の装着<br>時に皮膚の保護、排<br>泄物の漏れ防止及び<br>皮膚への装具密着等<br>のために使用する各<br>種用品（厚生労働省<br>が認める排泄管理支<br>援用具） | — | 月額 8,600<br>円  |
|   | 蓄尿袋                               | 必要と認められる場<br>合に可能とする。  | ア 低刺激性の粘着剤<br>を使用した密封型の<br>ラテックス製又はプ<br>ラスチックフィルム   | — | 月額 11,300<br>円 |

|       |   |                        |  |            |  |
|-------|---|------------------------|--|------------|--|
|       |   |                        | 製の収納袋で尿処理用のキャップ付のもの  |            |  |
|       |   |                        | イ ストマ装具の装着時に皮膚の保護、排泄物の漏れ防止及び皮膚への装具密着等のために使用する各種用品（厚生労働省が認める排泄管理支援用具） |            |  |
| 紙おむつ等 | 3歳以上の身体障害者であって、次のいずれかに該当し、紙おむつ等の用具類を必要とする者                                | 紙おむつ、洗腸用具、サラシ・ガーゼ等衛生用品 | —  | 月額 12,000円 |  |
|       | ア 治療によって軽快の見込みのないストマ周辺の皮膚の著しいびらん、ストマの変形のためストマの装具を装着することができない者。            | 洗腸装具                   | 6か月  | 12,000円    |  |
|       | イ 先天性疾患（先天性鎖肛を除く。）に起因する神経障害による高度の排尿機能障害又は高度の排便機能障害のあるもの及び先天性鎖肛に対する肛門形成術に起 |                        |  |            |  |

|     |        |  |  |    |                                |
|-----|--------|--|--|----|--------------------------------|
|     |        | <p>因する行動の排便機能障害のある者。</p> <p>ウ 先天性な脳原性運動機能障害等により排尿又は排便の意思表示が困難な者その他紙おむつ等の用具が必要と認められる者。</p> <p>※「ストマ装具」の給付を受けた者は、「ストマ装具」の給付期間中は本種目の給付を受けることはできない。</p> <p>※ストマ用装具と紙おむつの併給については、それぞれの要件に該当し、常時両方の用具による対応が必要と認められる場合に可能とする。</p> |  |    |                                |
| 収尿器 | 男性用    | 高度の排尿機能障害  | 採尿器と蓄尿袋で構成し、尿の逆流防止装置のあるもので、ラテックス製又はゴム製 | 1年 | 普通型<br>7,700円                  |
|     | 女性用    |  |  |    | 簡易型<br>5,700円                  |
|     |        |  | 耐久性ゴム製採尿袋を有するもの又はポリエチレン製の導尿ゴム管付採尿袋     | 1年 | 普通型<br>8,500円<br>簡易型<br>5,900円 |
| 住   | 居室生活動作 | 下肢、体幹機能障害又   | ・手すりの取り付け                              | —  | 200,000円                       |

|             |      |  |  |  |  |
|-------------|------|--|--|--|--|
| 宅<br>改<br>修 | 補助用具 | は乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る。）を有する者であって障害等級3級以上の者。又は難病患者等で下肢又は体幹機能に障害のある者（児）。ただし、学齢児以上の者。特殊便器への取替えをする場合は上肢障害2級以上の者。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・段差の解消</li> <li>・扉の取替え</li> <li>・移動を円滑にするための工事（スロープの設置、床材の変更など）</li> <li>・上記に掲げるもののほか、対象者が日常生活を送る上で不便が生じている箇所のうち、改修工事が必要であると判断できるもの。</li> </ul> |  |  |
|-------------|------|--|--|--|--|

(注)

- 1 乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害の場合は、表中の上肢・下肢又は体幹機能障害に準じ取り扱うものとする。
- 2 聴覚障害者用屋内信号装置には、サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計及び聴覚障害者用屋内信号灯を含む。

別表第3（第26条、第38条関係）

徴収基準額表

| 区分   | 世帯の収入状況  | 徴収基準月額  |
|------|----------|---|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0円  |
| 低所得  | 町民税非課税世帯 | 0円  |
| 一般   | 町民税課税世帯  | 当該用具の給付に要する費用の1割<br>(ただし、当該用具の給付に要する費用の1割が37,200円を超える場合は、37,200円) |

※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の所得区分認定に準ずる。

※当該用具の給付に要する費用が別表第2に定める額を超える場合は、別表第2に定める額の1割とする。

※一般の区分で町民税所得割が46万円以上の者がいる場合は、給付対象外とする。

※毎年度の徴収基準額表の適用時期は、毎年7月1日を起点として取り扱うものとする。

別表第4（第52条関係）

| 運営法人             | 実施機関・実施施設                     |
|------------------|-------------------------------|
| セントケア宮城株式会社      | セントケア加美                       |
| 社会福祉法人加美町社会福祉協議会 | 中新田ヘルパーステーション、加美町社協ヘルパーステーション |
| プロンプター甲斐有限会社     |                               |
| アースサポート株式会社      | 古川在宅サポートセンター                  |
| 合同会社FOR SMILING  | ヘルパーステーションKOKUA               |

別表第5（第58条関係）

| 事業名    | 基準額  |
|--------|--|
| 移動支援事業 | (1) 身体介護を伴う場合<br>利用時間が30分未満の場合 2,300円<br>利用時間が30分以上1時間未満の場合 4,000円<br>利用時間が1時間以上1.5時間未満の場合 5,800円<br>以後30分毎加算額 820円<br>(2) 身体介護を伴わない場合<br>利用時間が30分未満の場合 800円<br>利用時間が30分以上1時間未満の場合 1,500円<br>利用時間が1時間以上1.5時間未満の場合 2,250円<br>以後30分毎加算額 750円 |

別表第6（第59条、第73条、第82条関係）

| 区分   | 世帯の収入状況                              | 月額負担上限額 |
|------|--------------------------------------|---------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯                             | 0円      |
| 低所得1 | 町民税非課税世帯で、障害者又は障害児の扶養義務者の収入が80万円以下の方 | 0円      |
| 低所得2 | 町民税非課税世帯で、低所得1以外の方                   | 0円      |
| 一般1  | 町民税課税世帯（市町村民税所得割28万円未満の障害児世帯の者）      | 4,600円  |
|      | 町民税課税世帯（市町村民税所得割16万円未満の障害            | 9,300円  |

|     |                  |         |
|-----|------------------|---------|
|     | 者世帯の者)           |         |
| 一般2 | 町民税課税世帯で、一般1以外の方 | 37,200円 |

※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の所得区分認定に準ずる。

別表第7 (第64条関係)

| 運営法人             | 実施機関・実施施設     |
|------------------|---------------|
| セントケア宮城株式会社      | セントケア岩出山      |
| 社会福祉法人加美町社会福祉協議会 | 加美町社協入浴ステーション |
| アースサポート株式会社      | アースサポート古川     |

別表第8 (第72条関係)

| 訪問入浴サービス事業の種類                 | 基準額           |
|-------------------------------|---------------|
| 訪問入浴介護<br>(看護職員一人及び介護職員二人の場合) | 1回当たり 12,500円 |
| 全身浴が困難で清拭又は部分浴を実施した場合         | 1回当たり 8,750円  |

別表第9 (第78条関係)

| 事業名    | 実施機関・実施施設   |
|--------|---|
| 日中一時支援 | (障害福祉サービス事業所・障害者支援施設・障害児者を支援する任意団体・NPO法人等)<br>社会福祉法人大崎誠心会<br>特定非営利活動法人くもりのち晴れ<br>社会福祉法人栗原秀峰会<br>社会福祉法人加美町社会福祉協議会<br>特定非営利活動法人輝らら会<br>特定非営利活動法人アンソレイユ<br>特定非営利活動法人ユアパートナーおおさき<br>社会福祉法人宮城県社会福祉協議会社会福祉法人みんなの輪 |
| 送迎サービス | (日中一時支援事業に同じ。)  |

別表第10 (第82条関係)

| 事業名    | 基準額      | 利用料等 |
|--------|----------|------|
| 日中一時支援 | 1 障害児(者) | 左の1割 |

|        |  |               |
|--------|--|---------------|
|        | ①所要時間4時間未満の場合 1,840円<br>②所要時間4時間以上8時間未満の場合 3,680円<br>③所要時間8時間以上12時間未満の場合5,520円<br>④所要時間12時間以上の場合 7,360円<br>2 重症心身障害児（者）<br>①所要時間4時間未満の場合 5,060円<br>②所要時間4時間以上8時間未満の場合 10,120円<br>③所要時間8時間以上12時間未満の場合 15,180円<br>④所要時間12時間以上の場合 20,240円 |               |
| 送迎サービス | 1回 550円<br>(ただし、1日の利用につき2回まで)  | 無料<br>(全額町負担) |

※ 利用回数は月20回を限度とする。

ただし、町長が特別の事情があると認めるときは、この限りでない。

※ 送迎にかかる時間は、サービス提供時間に含まないものとする。

※ 重症心身障害児（者）とは、重度の知的障害を有し、かつ、重度の肢体不自由である児童又は者とする。

様式第1号（第16条関係）

加美町手話通訳者等派遣申請書

年 月 日

加美町長 様

申請者 氏 名  
住 所  
連絡先 電話番号  
F A X

下記の事由により、（手話通訳者・要約筆記者）の派遣について、よろしくお願  
いします。

記

|                               |                |
|-------------------------------|----------------|
| 派遣日時                          | 年 月 日（ ） : ~ : |
| 派遣場所                          |                |
| 依頼の内容（派遣を必要とする理由又は行事名を記入すること） |                |
|                               |                |
| その他派遣依頼にあたって連絡しておきたい事項等       |                |
|                               |                |

様式第2号（第18条関係）

加美町手話通訳者等実施報告書

長 様

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

下記のとおり手話通訳等活動を行ったので報告します。

記

|                               |                 |
|-------------------------------|-----------------|
| 活動日時                          | 年 月 日 ( ) : ~ : |
| 活動場所                          |                 |
| 活動の内容                         |                 |
| 活動に利用した交通手段（交通機関名，路線，経由等）及び費用 |                 |

様式第3号(第23条関係)

加美町日常生活用具給付申請書

年 月 日

加美町長 殿

〒  
申請者 住所  
氏名 印  
(給付対象者との続柄 )  
電話

下記により、日常生活用具給付を申請します。  
日常生活用具の給付決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|              |           |  |      |                                       |                |                                    |  |
|--------------|-----------|--|------|---------------------------------------|----------------|------------------------------------|--|
| 対象者          | 氏名        |  | 男・女  | 生年月日                                  | 年 月 日 ( 歳)     |                                    |  |
|              | 住所        |  |      |                                       |                |                                    |  |
|              | 手帳番号      | 第 号  |      | 年 月 日 交付                              |                |                                    |  |
|              | 障害名       |  |      | 障害等級                                  |                | 部位級                                |  |
|              | 施設入所希望の有無 | 希望する( ) ・希望しない                               |      |                                       |                |                                    |  |
| 世帯の状況        | 氏名        | 続柄   | 生年月日 | 職業                                    | 備考(対象者に対する介護等) |                                    |  |
|              |           |  |      |                                       |                |                                    |  |
|              |           |  |      |                                       |                |                                    |  |
|              |           |  |      |                                       |                |                                    |  |
| 給付を希望する理由    |           |  |      |                                       |                |                                    |  |
| 現在の住まいの状況    | 住宅        | 1 自宅<br>2 貸家                                 | 浴槽   | 1 和式<br>2 洋式<br>3 なし                  | 便器             | 1 和式<br>2 洋式<br>3 携帯用              |  |
| 現在の介護の状況     | 入浴        | 1 他人の介助を必要<br>2 清拭のみ<br>3 入浴清拭なし<br>4 自分でできる | 排便   | 1 他人の介助を必要<br>2 便器(携帯用)使用<br>3 自分でできる | 移動             | 1 車いすの使用<br>2 他人の介助を必要<br>3 自分でできる |  |
| 給付を受けたい用具の名称 |           |  |      | 希望する形式規格等                             |                |                                    |  |
| 給付上特に希望する事項  |           |  |      |                                       |                |                                    |  |
| 備            | 考         |  |      |                                       |                |                                    |  |

様式第4号(第24条関係)

加美町日常生活用具給付調査書

|               |        |     |      |         |      |        |    |
|---------------|--------|-----|------|---------|------|--------|----|
| 申請年月日         |        |     |      | 申請者氏名   |      |        |    |
| 対象者           | 住所     |     |      |         |      |        |    |
|               | フリガナ氏名 |     |      |         |      |        |    |
|               | 生年月日   |     | 性別   |         | 電話   |        |    |
| 世帯員の状況        | 氏名     |     | 年齢   | 対象者との続柄 | 課税状況 |        | 備考 |
|               |        |     |      |         | 課税区分 | 町民税所得割 |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
| 非課税世帯         |        | 所得  | 障害年金 | 手当      | 合計   |        |    |
| 所得区分          |        |     |      |         |      |        |    |
| 基準額           |        | 見積額 |      | 利用者負担額  |      | 公費負担額  |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
| 月額負担上限額       |        |     |      |         |      |        |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
| 用具名           |        | 基準額 | 見積額  | 利用者負担   | 公費負担 |        |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
|               |        |     |      |         |      |        |    |
| 合計            |        |     |      |         |      |        |    |
| 上記のとおり確認しました。 |        |     |      |         |      |        |    |
| 年 月 日         |        |     |      |         |      |        |    |
|               |        |     |      |         |      | 調査員    | 印  |

様式第5号(第24条関係)

第 号  
年 月 日

加美町日常生活用具給付決定通知書

様

加美町長 印

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

|  |        |        |    |       |       |  |
|--|--------|--------|----|-------|-------|--|
| 対象者  | 住所     |        |    |       |       |  |
|  | フリガナ氏名 |        |    |       |       |  |
|  | 生年月日   |        | 性別 |       | 電話    |  |
| 給付番号   |        |        |    |       | 給付決定日 |  |
| 決定内容   |        |        |    |       |       |  |
| 用具業者   | 名称     |        |    |       |       |  |
|  | 所在地    |        |    |       |       |  |
|  | 電話     |        |    |       |       |  |
| 基準額  | 見積額    | 利用者負担額 |    | 公費負担額 |       |  |
|  |        |        |    |       |       |  |
| 教示事項   |        |        |    |       |       |  |
| 1 審査請求について<br>この決定に不服がある場合には、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、町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。)   |        |        |    |       |       |  |
| 2 取消訴訟について<br>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、町を被告として(訴訟において町を代表する者は、町長となります。)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訴えを提起することができなくなります。)<br>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。 |        |        |    |       |       |  |

様式第6号(第24条関係)

第 号  
年 月 日

加美町日常生活用具給付却下通知書

様

加美町長 印

年 月 日に申請のありました日常生活用具の給付につきましては、下記の理由により却下しますので通知します。

記

却下理由

教示事項

1 審査請求について

この決定に不服がある場合には、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、町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。)

2 取消訴訟について

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、町を被告として(訴訟において町を代表する者は、町長となります。)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。

様式第7号(第24条関係)

加美町日常生活用具給付券

|                      |           |              |            |
|----------------------|-----------|--------------|------------|
| 給付番号                 |           | 給付券発行<br>年月日 |            |
| 氏名                   |           | 生年月日         |            |
| 住所                   |           |              |            |
| 保護者氏名                |           | 続柄           |            |
| 用具の名称                |           |              |            |
| 用具業者                 | 名称        |              |            |
|                      | 所在地       |              |            |
|                      | 電話        |              |            |
| 基準額                  | 見積額       | 利用者負担額       | 公費負担額      |
|                      |           |              |            |
| 給付券1枚の負担上限額          |           |              |            |
|                      |           |              |            |
| 上記のとおり決定する。<br>年 月 日 |           |              |            |
| 加美町長 印               |           |              |            |
| 受領                   | 受領<br>年月日 | 年 月 日        | 受領者<br>氏名  |
|                      |           |              | 印          |
|                      |           |              | 本人との<br>関係 |



様式第9号(第34条関係)

加美町住宅改修費給付申請書

年 月 日

加美町長 殿

〒  
申請者 住所  
氏名 印  
(給付対象者との続柄 )  
電話

下記により、住宅改修費給付を申請します。  
住宅改修費給付の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

|            |  |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |
|------------|--|--|----------------|---------------------------------------|----------------|----------------------------------|----|-----------------------|
| 対象者        | 氏名   |  | 男・女            | 生年月日                                  | 年 月 日 ( 歳)     |                                  |    |                       |
|            | 住所   |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |
|            | 手帳番号   | 第 号  |                | 年 月 日 交付                              |                |                                  |    |                       |
|            | 障害名  |  |                | 障害等級                                  |                | 部位級                              |    |                       |
|            | 施設入所希望の有無  | 希望する( ) ・希望しない   |                |                                       |                |                                  |    |                       |
| 世帯の状況      | 氏名   | 続柄   | 生年月日           | 職業                                    | 備考(対象者に対する介護等) |                                  |    |                       |
|            |  |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |
|            |  |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |
|            |  |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |
|            |  |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |
| 給付を希望する理由  |  |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |
| 改修を行う住宅の住所 |  |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |
| 改修工事内容     | 区 分  |  |                | 居宅生活動作補助用具                            |                |                                  |    |                       |
|            | 1 手すりの取り付け 2 床段差の解消<br>3 材料の変更 4 扉の取替え<br>5 便器の取替え<br>6 その他( ) |  |                | 1 便器<br>2 手すり<br>3 スロープ<br>4 その他( )   |                |                                  |    |                       |
| 現在の住まいの状況  | 住宅   | 1 自宅<br>2 貸家   | 借家の場合<br>家主の諾否 | 1 承諾<br>2 否(いつ承諾を得るか)                 | 浴槽             | 1 和式<br>2 洋式<br>3 なし             | 便器 | 1 和式<br>2 洋式<br>3 携帯用 |
| 現在の介護の状況   | 入浴   | 1 他人の介助を必要<br>2 清拭のみ<br>3 入浴、清拭ともして<br>いない<br>4 自分でできる | 排便             | 1 他人の介助を必要<br>2 便器(携帯用)使用<br>3 自分でできる | 移動             | 1 車いす使用<br>2 他人の介助必要<br>3 自分でできる |    |                       |
| 備考         |  |  |                |                                       |                |                                  |    |                       |

様式第10号(第35条関係)

加美町住宅改修費給付調査書

|               |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
|---------------|---|-----------------|----------|------|---------|----|--|----|--|
| 申請年月日         |   |                 |          |      | 申請者氏名   |    |  |    |  |
| 対象者           | 住所  |                 |          |      |         |    |  |    |  |
|               | フリガナ氏名  |                 |          |      |         |    |  |    |  |
|               | 生年月日  |                 |          |      | 性別      |    |  | 電話 |  |
| 世帯員の状況        | 氏名  | 年齢              | 対象者との続柄  | 課税状況 |         | 備考 |  |    |  |
|               |   |                 |          | 課税区分 | 町民税所得割  |    |  |    |  |
|               |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
|               |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
|               |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
|               |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
|               |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
| 非課税世帯         | 所得  | 障害年金            | 手当       | 合計   |         |    |  |    |  |
| 所得区分          |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
| 住まいの状況        | 1 自家      2 借家 (家主の諾否)                          |                 |          |      |         |    |  |    |  |
| 住宅改修費給付の必要の有無 | 1 有<br>2 無                                      | 給付する<br>(しない理由) |          |      |         |    |  |    |  |
| 住宅改修の内容       | 予定価格  |                 | 申請者が支払う額 |      | 公費負担予定額 |    |  |    |  |
|               |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
| その他特記事項       | ※改修工事を行う住宅の所在地や給付する居宅生活動作補助用具(手すりや便器等)について記載する。 |                 |          |      |         |    |  |    |  |
| 上記のとおり確認しました。 |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
| 年 月 日         |   |                 |          |      |         |    |  |    |  |
| 調査者 氏名        |   |                 |          |      |         | 印  |  |    |  |

様式第11号(第36条関係)

第 号  
年 月 日

加美町住宅改修費給付決定通知書

様

加美町長 印

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

|  |        |        |    |       |    |  |
|--|--------|--------|----|-------|----|--|
| 対象者  | 住所     |        |    |       |    |  |
|  | フリガナ氏名 |        |    |       |    |  |
|  | 生年月日   |        | 性別 |       | 電話 |  |
| 給付番号   |        |        |    | 給付決定日 |    |  |
| 住宅改修の内容及び給付する居宅生活動作補助用具名   |        |        |    |       |    |  |
| 住宅改修業者   | 名称     |        |    |       |    |  |
|  | 所在地    |        |    |       |    |  |
|  | 電話     |        |    |       |    |  |
| 基準額  | 見積額    | 利用者負担額 |    | 公費負担額 |    |  |
|  |        |        |    |       |    |  |
| 教示事項   |        |        |    |       |    |  |
| 1 審査請求について<br>この決定に不服がある場合には、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、町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。)   |        |        |    |       |    |  |
| 2 取消訴訟について<br>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、町を被告として(訴訟において町を代表する者は、町長となります。)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訴えを提起することができなくなります。)<br>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。 |        |        |    |       |    |  |

様式第12号(第36条関係)

第 号  
年 月 日

加美町住宅改修費給付却下通知書

様

加美町長 印

年 月 日に申請のありました住宅改修費給付につきましては、下記の理由により却下しますので通知します。

記

却下理由

教示事項

1 審査請求について

この決定に不服がある場合には、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、町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。)

2 取消訴訟について

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、町を被告として(訴訟において町を代表する者は、町長となります。)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。

様式第13号(第36条関係)

加美町住宅改修費給付券

|   |       |              |                       |
|---|-------|--------------|-----------------------|
| 給付番号  |       | 給付券発行<br>年月日 |                       |
| 氏名  |       | 生年月日         |                       |
| 住所  |       |              |                       |
| 保護者氏名   |       | 続柄           |                       |
| 住宅改修の内容及び給付する居宅生活動作補助用具名  |       |              |                       |
| 改修業者  | 名称    |              |                       |
|   | 所在地   |              |                       |
|   | 電話    |              |                       |
| 基準額   | 見積額   | 利用者負担額       | 公費負担額                 |
|   |       |              |                       |
| <p>上記のとおり決定する。<br/>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">加美町長 印</p> |       |              |                       |
| 受領  | 受領年月日 | 年 月 日        | 受領者氏名 印 本人との関係        |
| 改修工事の完了した日  |       | 利用者負担額       | 改修業者名及び利用者負担額を受領した年月日 |
| 年 月 日   |       | 円            | 印<br>年 月 日            |
| 対象者等が改修工事の完了を確認した日<br>(対象者又は申請者名)                                     | 確認年月日 | 年 月 日        | 確認者氏名 印               |
| その他特記事項   |       |              |                       |

様式第14号（第47条関係）

加美町手話奉仕員登録者名簿

| 講習の種類 | 修了年月日 | 派遣登録年月日 | 氏名 | 住所 | 生年月日 | 性別 | 連絡先 | 活動可能な曜日又は時間帯 | 有効期限 | 備考 |
|-------|-------|---------|----|----|------|----|-----|--------------|------|----|
| 入門・基礎 |       |         |    |    |      |    |     |              |      |    |
| 入門・基礎 |       |         |    |    |      |    |     |              |      |    |
| 入門・基礎 |       |         |    |    |      |    |     |              |      |    |
| 入門・基礎 |       |         |    |    |      |    |     |              |      |    |
| 入門・基礎 |       |         |    |    |      |    |     |              |      |    |
| 入門・基礎 |       |         |    |    |      |    |     |              |      |    |
| 入門・基礎 |       |         |    |    |      |    |     |              |      |    |

様式第15号（第47条関係）

加美町手話奉仕員登録申出書

年 月 日

加美町長 殿

加美町地域生活支援事業実施規則第47条第1項第2号の規定により、下記のとおり手話奉仕員としての登録を申し出ます。

記

|                              |  |    |     |
|------------------------------|--|----|-----|
| ふりがな<br>氏名                   | 印  |    |     |
| 生年月日                         | 年 月 日  | 性別 | 男・女 |
| 住所                           |  |    |     |
| 電話番号                         |  | 職業 |     |
| 活動可能な曜日<br>又は時間帯             |  |    |     |
| 今までに受講した<br>手話奉仕員等養成<br>講習名等 | 1 講習名（<br>修了年月日 年 月 日 ）<br>2 講習名（<br>修了年月日 年 月 日 ） |    |     |
| 備考                           |  |    |     |

注）手話奉仕員養成講座（基礎課程）を修了した者と同等の能力を有することを証する書類を添付すること。

様式第16号（第47条関係）

（表）

|                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| 第                                 | 号 |
| 加美町手話奉仕員登録証                       |   |
| (氏名)                              |   |
| この者は、手話奉仕員として、加美町に登録されていることを証明する。 |   |
| 年 月 日                             |   |
| 加美町長 印                            |   |

（裏）

|  |
|--|
| (注意事項)                                       |
| 1 手話奉仕員として活動するときは、本登録証を常に携帯すること。             |
| 2 関係人からの請求があったときは、本登録証を提示すること。               |
| 3 本登録証を紛失又は汚損した場合は、直ちに町長に届け出ること。             |
| 4 本登録証を他人に使用させないこと。                          |
| 5 活動中に知り得た情報を他人に口外しないこと。                     |
| 6 手話奉仕員としての活動ができなくなったときは、速やかに本登録証を町長に返還すること。 |

様式第17号（第48条関係）

年 月 日

加美町手話奉仕員登録解除申出書

加美町長 殿

申出者氏名 印  
住所  
電話番号

下記の理由により手話奉仕員として活動を行うことができなくなりましたので、加美町地域生活支援事業実施規則第48条の規定により、登録の解除を申し出ます。

記

|                   |       |
|-------------------|-------|
| 登録証の<br>交付年月日     | 年 月 日 |
| 活動を行うことができなくなった理由 |       |
| 備 考               |       |

注) 加美町手話奉仕員登録証を添付すること。

様式第18号(第55条関係)

年 月 日

加美町移動支援事業利用申請書

加美町長 殿

申請者名 印

(続柄 )

電話番号

加美町移動支援事業の利用について、下記のとおり申請します。

|           |                |        |      |            |
|-----------|----------------|--------|------|------------|
| 利用者       | フリガナ           |        | 生年月日 | 年 月 日      |
|           | 氏名             |        |      |            |
|           | 居住地            | 電話番号   |      |            |
|           | フリガナ           |        | 生年月日 | 年 月 日      |
|           | 児童氏名(18歳未満の場合) |        | 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 |

|      |  |         |   |
|------|--|---------|---|
| 所得区分 | 所得区分認定に必要な範囲において関係機関に照会することについて、同意します。 |         |   |
|      | 生活保護・低所得・一般1・一般2                       | 月額負担上限額 | 円 |

|              |          |  |     |                |                      |  |
|--------------|----------|--|-----|----------------|----------------------|--|
| 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     | 要介護認定  | 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  |     |                |                      |  |
| 申請する支援の種類・内容 | 種別       | 移動支援 <input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し<br>時間/月 |     |                |                      |  |
|              | 内容       |  |     |                |                      |  |

様式第19号（第56条関係）

第 号  
年 月 日

加美町移動支援事業利用決定（却下）通知書

様

加美町長 印

加美町移動支援事業の利用について、下記のとおり通知します。

記

1 決定

|                 |                    |          |      |          |      |             |   |
|-----------------|--------------------|----------|------|----------|------|-------------|---|
| 決定者             | フリガナ<br>氏名         |          | 生年月日 | 年        | 月    | 日           |   |
|                 | 居住地                | 電話番号     |      |          |      |             |   |
| 支給申請に係る<br>児童氏名 | フリガナ               |          | 生年月日 | 年        | 月    | 日           |   |
|                 |                    | 続柄       |      |          |      |             |   |
| 有効期間            | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 費用<br>負担 | 1割   | 利用<br>限度 | 月 時間 | 月額負担<br>上限額 | 円 |

|                  |    |  |
|------------------|----|--|
| 支援の<br>種類・<br>内容 | 種別 | 移動支援 <input type="checkbox"/> 身体介護有り <input type="checkbox"/> 身体介護無し |
|                  | 内容 |  |

|      |  |
|------|--|
| 注意事項 | 1 本事業を利用する際は、この通知書と利用者カードを委託事業者に提示してください。<br>2 記載事項等に変更があったときは、加美町長にその旨を届けてください。 |
|------|--|

2 却下

|      |  |
|------|--|
| 却下理由 |  |
|------|--|





様式第21号（第67条関係）

加美町訪問入浴サービス事業利用申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者 住 所  
氏 名 印  
対象者との続柄  
電話番号

加美町訪問入浴サービス事業について、次のとおり申請します。

|                      |                    |      |      |       |
|----------------------|--------------------|------|------|-------|
| 利<br>用<br>者          | フリガナ               |      | 生年月日 | 年 月 日 |
|                      | 氏名                 |      |      |       |
|                      | 居住地                | 電話番号 |      |       |
|                      | フリガナ               |      | 生年月日 | 年 月 日 |
|                      | 支給申請に係る<br>児 童 氏 名 |      | 続 柄  |       |
| 身 体 障 害 者<br>手 帳 番 号 | 宮城県 第 号            |      |      |       |

|      |  |         |   |
|------|--|---------|---|
| 所得区分 | 所得区分認定に必要な範囲において関係機関に照会することについて、同意します。 |         |   |
|      | 生活保護・低所得・一般1・一般2                       | 月額負担上限額 | 円 |

|  |              |             |     |                 |                        |  |
|--|--------------|-------------|-----|-----------------|------------------------|--|
| 他<br>サ<br>ー<br>ビ<br>ス<br>の<br>利<br>用<br>状<br>況 | 障害福祉<br>サービス | 障害支援<br>区 分 | 有・無 | 区 分 1 2 3 4 5 6 | 有効<br>期間               |  |
|  | 介護保険         | 要介護<br>認定   | 有・無 | 要介護度            | 要支援 ( ) ・要介護 1 2 3 4 5 |  |

様式第22号（第67条関係）

入浴承諾書

年 月 日

加美町長 様

住 所

氏 名

印

電話番号

加美町地域生活支援事業実施要綱第67条の規定に基づき次の者を訪問入浴サービスにより入浴させることについて承諾し、入浴に際しては家族及び関係者が協力いたします。  
訪問入浴に伴う万が一の事故発生の場合について異議申し立ていたしません。

訪問入浴サービスを利用する者

住 所

氏 名

生年月日

年 月 日生

様式第23号（第67条関係）

加美町入浴可否意見書

入浴利用者

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

上記の者は、訪問入浴サービスより入浴することを（可・否）とする。

なお、本意見書の有効期間は、おおむね 箇月とする。

※特記事項のある場合は、記入願います。

年 月 日

住 所

医療機関名

医師氏名

印

（文書料は、申請者負担です。）



様式第25号（第68条関係）

加美町訪問入浴サービス事業利用決定（却下）通知書

第 号  
年 月 日

様

加美町長 印

年 月 日付けで申請のあった訪問入浴サービスの利用について、下記のとおり決定（却下）しましたので通知します。

記

- 決定
- 却下（理由 ）
- 1 利用者名
- 2 利用開始日 年 月 日
- 3 利用回数 回／（ ）
- 4 費用徴収の有無及び金額
  - 有（利用1回当たり 円）
  - 無





様式第27号（第70条関係）

加美町訪問入浴サービス事業停止・廃止通知書

第 号  
年 月 日

様

加美町長 印

年 月 日付で決定の通知をした訪問入浴サービスについて、次の理由により停止・廃止をしたので通知します。

|          |      |               |
|----------|------|---------------|
| 利用者      | 住 所  |               |
|          | 氏 名  |               |
|          | 生年月日 | 年 月 日生 性別 男・女 |
| 停止・廃止の理由 |      |               |

様式第28号（第71条関係）

加美町訪問入浴サービス事業利用状況変更届

年 月 日

加美町長 殿

申請者 住 所  
氏 名 印  
(続柄 )  
電話番号

加美町訪問入浴サービス事業について、身体状況等の変化がありましたので、主治医の入浴可否意見書を添付し届出いたします。

|             |                         |      |       |
|-------------|-------------------------|------|-------|
| 利<br>用<br>者 | フリガナ<br>-----<br>氏名     | 生年月日 | 年 月 日 |
|             | 居住地                     | 電話番号 |       |
|             | フリガナ<br>支給申請に係る<br>児童氏名 | 生年月日 | 年 月 日 |

(変更内容)

別紙、医師意見のとおり

様式第29号（第74条関係）

加美町訪問入浴サービス事業利用状況報告書

年 月 日

加美町長 様

事業者名

事業所名

事業所の長

印

加美町訪問入浴サービス事業利用状況について、次のとおり報告します。

( 年 月分)

| 利用者 | 住 所          |     |     |
|-----|--------------|-----|-----|
|     | 氏 名          |     |     |
| 実施日 | 開始時間<br>終了時間 | 時間数 | 備 考 |
|     |              |     |     |
|     |              |     |     |
|     |              |     |     |
|     |              |     |     |
|     |              |     |     |

様式第30号（第81条関係）

加美町日中一時支援事業登録申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

（続柄 ）

日中一時支援

送迎サービス

の利用について、次のとおり登録を申し込みます。

|                        |   |               |  |                      |  |
|------------------------|---|---------------|--|----------------------|--|
| 利用者<br>氏名              | ふりがな  | 住所            |  |                      |  |
|                        |   | 生年月日          | 年 月 日（ 歳）男・女                                       |                      |  |
| 障害種別                   | 知的障害 視覚障害 聴覚障害<br>肢体不自由 重症心身障害<br>精神障害 その他（ ） | 障害<br>程度      | 身体障害者手帳（ 級）<br>療育手帳（A・B）<br>精神保健福祉手帳（ 級）<br>その他（ ） |                      |  |
| 保護者<br>氏名              |   | 生年月日          | 年 月 日（ 歳）男・女                                       |                      |  |
| 保護者<br>住所              | 利用者との続柄 1 父母 2 兄弟姉妹 3 その他（ ）                  |               |  |                      |  |
| 所得区分                   | 所得区分認定に必要な範囲において関係機関に照会することについて、同意します。        |               |  |                      |  |
|                        | 生活保護・低所得・一般1・一般2                              |               | 月額負担上限額  | 円                    |  |
| 他のサー<br>ビス利用<br>の状況    | 障害支援区分  | 有・無           | 区分 1 2 3 4 5 6                                     | 有効<br>期間             |  |
|                        | 利用中のサービスの種類と内容等                               |               |  |                      |  |
|                        | 要介護認定   | 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        |   |               |  |                      |  |
| 短期入所事業の<br>利用経験の有無について | 有（ 年 月ごろ）・無                                   | 生活保護<br>受給の有無 | 利用機関名  | 有・無                  |  |
| （備考）*利用を希望する施設名を記入のこと。 |   |               |  |                      |  |
| 緊急時の連絡先                | 氏名（電話番号）                                      |               |  |                      |  |
| 特別児童扶養手当               | 障害基礎年金  | 心身障害者医療費受給登録  |  |                      |  |
| 有（1・2）・無               | 有（1・2）・無                                      | 有・無           | 番号   |                      |  |

※ 該当する項目を○で囲んでください。

※ 別紙「現況調書」を添付すること。

(別紙)

現 況 調 書

( 年 月 日 記入)

|   |  |                 |    |             |       |
|---|--|-----------------|----|-------------|-------|
| 利用者氏名   |  | 登録時年齢           | 歳  | 生年月日        | 年 月 日 |
| 身体状況  | 身長   | cm              | 体重 | kg ( 年 月測定) | 血液型 型 |
| 病院・服薬   | 1 通院中 (病院名: ) ・ 通院していない<br>連絡先 (病 名: )<br>2 服薬中 (薬 名: ) ・ 服薬していない<br>(内 容: )<br>(服薬方法 ) 服薬の支援 要・不要 |                 |    |             |       |
| かかりやすい病気  | 1 下痢しやすい 2 熱を出しやすい 3 風邪をひきやすい<br>4 自家中毒 5 じんましん 6 その他 ( )  |                 |    |             |       |
| アレルギーの有無  | 1 有 ( ) 2 無  |                 |    |             |       |
| ひきつけ  | 1 有 (回数 月に 回, 週に 回, 日に 回) 2 無  |                 |    |             |       |
| 移 動   | 1 寝たきり・寝返り 2 ほう・座る 3 立つ・つたい歩き<br>4 ゆっくり歩ける 5 歩行自由 6 車いすの使用 ( 有・無 )                                 |                 |    |             |       |
| 食 事 形 態   | 1 経管 2 ミキサー食 3 軟食 4 きざみ食 5 普通食   |                 |    |             |       |
| 食 事   | 1 全面介助 2 部分介助 3 一人で食べられるがかなりこぼす<br>4 自立 (箸・スプーン) 5 食事量 (多・普通・少)<br>好きな食べ物 ( ) 嫌いな食べ物 ( )           |                 |    |             |       |
| 排 泄   | 1 全く予告しない 2 おむつ使用 (日中・夜間)<br>3 知らせるが介助要 4 用便できるが紙を使えない 5 自立  |                 |    |             |       |
| 洗 面   | 1 全面介助 2 部分介助 3 手助けが必要 4 自立<br>5 歯磨き (する・しない) 6 洗面を嫌がる   |                 |    |             |       |
| 入 浴   | 1 全面介助 2 部分介助 3 手助けが必要 4 自立<br>5 好き・嫌い 6 洗髪 (好む・嫌がる)   |                 |    |             |       |
| 衣服の着脱   | 1 全面介助 2 部分介助 3 手助けが必要 4 自立<br>5 時間はかかるがなんとかできる 6 ボタンがかけられる  |                 |    |             |       |
| 睡 眠   | 1 夜泣きする 2 夜騒ぐ 3 夜尿がある 4 添寝が必要<br>5 一人で寝ることができる 6 寝る時刻 ( 時頃)  |                 |    |             |       |
| 言 語   | 1 発語なし 2 話し掛けに反応がある 3 片言しゃべれる<br>コミュニケーション手段 ( )<br>4 単語がかなり言える 5 簡単な会話ができる 6 しゃべれる                |                 |    |             |       |
| 行 動   | 1 常時注意が必要 (具体的に )<br>2 注意が必要 (具体的に )   |                 |    |             |       |
| 加入医療保険  | 管掌別  | 政・日・船・組・共・国保・生保 |    |             | 保険者名  |
|   | 被保険者証 (記号・番号)  |                 |    |             |       |
| 注意事項 (あらかじめ事業実施機関に知って欲しいこと (対人関係における注意点等) を記入してください。) |  |                 |    |             |       |

様式第31号（第81条関係）

第 号  
年 月 日

加美町日中一時支援事業利用承認（不承認）決定通知書

様

加美町長 印

加美町日中一時支援事業の利用について、下記のとおり通知します。

記

1 承認

|                 |                    |      |      |       |       |             |   |
|-----------------|--------------------|------|------|-------|-------|-------------|---|
| 承認者             | フリガナ<br>氏名         |      | 生年月日 | 年 月 日 |       |             |   |
|                 | 居住地                | 電話番号 |      |       |       |             |   |
| 支給申請に係る<br>児童氏名 | フリガナ               |      | 生年月日 | 年 月 日 |       |             |   |
|                 |                    |      | 続柄   |       |       |             |   |
| 有効期間            | 年 月 日から<br>年 月 日まで | 費用負担 | 1割   | 利用限度  | 月 20回 | 月額負担<br>上限額 | 円 |

|          |    |                  |
|----------|----|------------------|
| 支援の種類・内容 | 種別 | 日中一時支援<br>送迎サービス |
|          | 内容 |                  |

|      |  |
|------|--|
| 注意事項 | 1 本事業を利用する際は、この通知書と利用者カードを委託事業者に提示してください。<br>2 記載事項等に変更があったときは、加美町長にその旨を届けてください。 |
|------|--|

2 不承認

|       |  |
|-------|--|
| 不承認理由 |  |
|-------|--|

様式第32号（第81条関係）

加美町日中一時支援事業利用者台帳

|                    |   |        |      |  |     |   |   |   |   |      |  |
|--------------------|---|--------|------|--|-----|---|---|---|---|------|--|
|                    |   | ※登録年月日 |      | 年  | 月   | 日 |   |   |   |      |  |
|                    |   | ※登録番号  |      | 第  | 号   |   |   |   |   |      |  |
|                    |   | ※登録施設  |      |  |     |   |   |   |   |      |  |
| 利用者氏名              | ふりがな  |        | 住所   |  |     |   |   |   |   |      |  |
|                    |   |        | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) 男・女   |     |   |   |   |   |      |  |
| 障害種別               | 知的障害 視覚障害 聴覚障害<br>肢体不自由 重症心身障害<br>精神障害 その他( ) |        | 障害程度 | 身体障害者手帳 ( 級)<br>療育手帳 (A・B)<br>精神保健福祉手帳 ( 級)<br>その他 ( ) |     |   |   |   |   |      |  |
| 保護者氏名              |   |        | 生年月日 | 年 月 日 ( 歳) 男・女   |     |   |   |   |   |      |  |
| 保護者住所              | 利用者との続柄 1 父母 2 兄弟姉妹 3 その他 ( )                 |        |      |  |     |   |   |   |   |      |  |
| 所得区分               | 生活保護・低所得・一般1・一般2                              |        |      | 月額負担上限額  | 円   |   |   |   |   |      |  |
| 他のサービス利用の状況        | 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                               |        |      |  |     |   |   |   |   |      |  |
|                    | 要介護認定   | 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                               |        |      |  |     |   |   |   |   |      |  |
| 短期入所事業の利用経験の有無について | 有 ( 年 月頃)・無<br>利用機関名                          |        |      | 生活保護受給の有無  | 有・無 |   |   |   |   |      |  |
| (備考)               |   |        |      |  |     |   |   |   |   |      |  |
| 緊急時の連絡先            | 氏名 (電話番号)                                     |        |      |  |     |   |   |   |   |      |  |
| 特別児童扶養手当           | 障害基礎年金  |        |      | 心身障害者医療費受給登録   |     |   |   |   |   |      |  |
| 有 (1・2)・無          | 有 (1・2)・無                                     |        |      | 有・無  | 番号  |   |   |   |   |      |  |





様式第34号（第81条関係）

加美町日中一時支援事業利用申込書

加美町長 殿

申込者住所

氏名

印

（続柄

）

日中一時支援  
送迎サービス

の利用について、次のとおり利用を申し込みます。

|           |  |      |       |
|-----------|--|------|-------|
| 利用者氏名     |  | 生年月日 | 年 月 日 |
| 保護者氏名     |  | 登録番号 | 第 号   |
| 緊急時の連絡先   |  |      |       |
| 利用希望の理由   |  |      |       |
| 利用希望日（期間） | 年 月 日<br>午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで<br>送迎（有・無） 行き（ から まで）<br>帰り（ から まで）<br>食事（有・無）<br>※ 実施機関と確認済みの内容を記入してください。 |      |       |
| 備考        | ※ 複数回利用ある場合は、様式第30号つづきを添付  |      |       |



様式第35号（第81条関係）

加美町日中一時支援事業実施状況報告書

第 号  
年 月 日

加美町長 殿

実施機関の長

このことについて、次のとおり日中一時支援事業を実施しましたので報告します。

|       |  |         |       |
|-------|--|---------|-------|
| 利用者氏名 |  | 生年月日    | 年 月 日 |
| 保護者氏名 |  | 登録番号    | 第 号   |
| 利用事業名 | 日中一時支援 送迎サービス  |         |       |
| 所得区分  | 生活保護・低所得・一般1・一般2   | 月額負担上限額 | 円     |
| 利用機関名 |  |         |       |
| 利用期日  | 年 月 日<br>午前・午後 時 分 から 午前・午後 時 分まで<br>送迎（有・無） 行き（ から まで）<br>帰り（ から まで）<br>食事（有・無） |         |       |
| 利用状況  |  |         |       |
| 利用金額  | （計算式）  |         |       |
| 備考    | ※ 複数回利用ある場合は、様式第31号つづきを添付  |         |       |

※ 利用申込書を添付すること



様式第36号（第87条関係）

加美町生活サポート支援事業利用（変更）申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名 印

（続柄 ）

電話

次のとおり申請します。

|                       |  |   |                 |      |               |  |
|-----------------------|--|---|-----------------|------|---------------|--|
| 利用者<br>氏名             | ふりがな   | 住所  |                 |      |               |  |
|                       |  | 生年月日  | 年 月 日（ 歳）男・女    |      |               |  |
| 障害<br>程度              | 身体障害者手帳（ 級）<br>療育手帳（A・B）<br>精神保健福祉手帳（ 級）<br>その他（ ） |   | 生活保護<br>受給の有無   | 有・無  |               |  |
| 利用・変更<br>申請するサービスの内容等 | サービスの利用状況  | 居宅サービス                                      | 利用中のサービスの種類と内容等 |      |               |  |
|                       |  | 施設サービス                                      | 利用中の施設名等        |      |               |  |
|                       | 介護保険   | 要介護認定                                       | 有・無             | 要介護度 | 要支援（ ）・要介護（ ） |  |
|                       |  | 利用中のサービスの種類と内容等                             |                 |      |               |  |
| 申請する支援の種類と内容等         | 生活支援   | 1）障害支援区分は問わない。<br>2）重度訪問介護、重度障害者等包括支援対象は除く。 |                 |      |               |  |
|                       |  | 障害支援区分非該当の者。                                |                 |      |               |  |
|                       | 家事援助   |   |                 |      |               |  |
| 利用する理由                |  |   |                 |      |               |  |

様式第37号（第88条関係）

第 号  
年 月 日

加美町生活サポート支援事業利用決定通知書

様

加美町長 印

加美町地域生活支援事業実施規則第88条の規定に基づき利用者負担額等について、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、利用の際は決定通知書を事業者に提示してください。

|  |       |                     |       |
|--|-------|---------------------|-------|
| 受給者証番号   |       | 支給決定障害者<br>(保護者) 氏名 |       |
| 支給決定日  |       | 支給決定にかかる<br>障害児氏名   |       |
| 利用者負担額   |       |                     |       |
| 生活支援   | 支援の内容 | 家事援助                | 支援の内容 |
|  |       |                     |       |
| <p>1 審査請求について<br/>この決定に不服がある場合には、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、町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。)</p> <p>2 取消訴訟について<br/>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、町を被告として(訴訟において町を代表する者は、町長となります。)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訴えを提起することができなくなります。)</p> <p>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。</p> <p>問い合わせ先<br/>加美町保健福祉課障害福祉係 加美町西田四番7番地1 (電話0229-63-7871)</p> |       |                     |       |

様式第38号（第88条関係）

第 号  
年 月 日

加美町生活サポート支援事業利用却下通知書

様

加美町長 印

年 月 日に申請されました加美町生活サポート支援事業について、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

1 審査請求について

この決定に不服がある場合には、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、町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。)

2 取消訴訟について

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、町を被告として(訴訟において町を代表する者は、町長となります。)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。

問い合わせ先

加美町保健福祉課障害福祉係 加美町字西田四番7番地1 (電話0229-63-7871)

様式第39号（第98条関係）

加美町障害者自動車運転免許取得費補助金交付申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者氏名 印

下記により自動車運転免許を取得したいので、加美町障害者自動車運転免許取得費補助金の交付を申請します。

記

|               |       |                  |           |               |               |
|---------------|-------|------------------|-----------|---------------|---------------|
| ふりがな<br>氏名    |       | 性別               | 男・女       | 生年月日          | 年 月 日<br>( 歳) |
| 住所            |       |                  |           | 電話<br>FAX     |               |
| 本籍地           |       |                  |           |               |               |
| 職業又は勤務先       |       |                  |           | 電話<br>FAX     |               |
| 障害者手帳         | 障害名   |                  |           |               |               |
|               | 障害等級  | 第 種 級            | 手帳番号      | 第 号           |               |
| 免許取得目的        |       |                  |           |               |               |
| 取得済の<br>運転免許  | 種 類   |                  | 交付年月日     | 年 月 日         |               |
|               | 番 号   | 第 号              | 公安委員会 交付  |               |               |
| 取得予定免許の種類     |       |                  | 運転適性診断申請書 | 有 ・ 無         |               |
| 運転免許<br>取得計画  | 年 月 日 | 入校予定、<br>免許取得時期： | 年 月 日     | 卒業予定<br>日取得予定 |               |
| 入校する<br>自動車学校 | 学校名   |                  |           |               |               |
|               | 所在地   |                  |           |               |               |
| 備考            |       |                  |           |               |               |

- (添付書類) (1) 障害者手帳または療育手帳、精神保健福祉手帳の写し  
(2) 住民票謄本（3か月以内に発行されたもの）

様式第40号（第99条関係）

加美町指令第 号

住所  
氏名

年 月 日付で申請のあった 年度加美町障害者自動車運転免許取得費補助金については、加美町地域生活支援事業実施要綱第99条の規定により、下記の条件を付けて金 円を交付します。

年 月 日

加美町長

記

- 1 補助事業の内容を変更する場合には、町長の承認を受けること。
- 2 補助事業を中止し、又は廃止する場合には、町長の承認を受けること。

様式第41号（第100条関係）

加美町障害者自動車運転免許取得費補助金交付申請内容変更承認申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

電話

年 月 日付加美町指令第 号で交付決定のあった 年度障害者自動車運転免許取得費補助金について、申請の内容を下記のとおり変更したいので承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 変更の理由

2 変更の内容

3 その他参考事項

様式第42号（第100条関係）

加美町障害者自動車運転免許取得費補助金交付中止・廃止承認申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

電話

年 月 日付加美町指令第 号で交付決定のあった 年度障害者自動車運転免許取得費補助金について、申請の内容を下記のとおり中止・廃止したいので承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 中止・廃止の理由

2 中止の期間・廃止年月日

3 その他参考事項

様式第43号（第101条関係）

加美町障害者自動車運転免許取得費補助金実績報告書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

電話

年 月 日付加美町指令第 号で交付決定のあった 年度加美町障害者自動車運転免許取得費補助金について、下記のとおり自動車運転免許証を取得したので補助金を交付されますよう申請します。

記

| 取得免許の種類      | 番 号                    | 公安委員会 交付<br>第 号  |
|--------------|------------------------|------------------|
| 運転免許<br>取得状況 | 年 月 日入校、<br>運転免許取得年月日： | 年 月 日卒業<br>年 月 日 |
| 卒業した自動車学校名   |                        |                  |

- (添付書類) (1) 今回取得した自動車運転免許証の写し  
(2) 免許取得に要した費用の支払いを証明する書類 (領収書等)  
(3) 口座振替依頼書 (別紙)

(別紙)

口座振替依頼書

障害者自動車運転免許取得費補助金について、口座振替の方法により下記に振り込み願います。

年 月 日

加美町長 殿

氏名 印

記

| 振込金融機関名         | 銀行      |      | 支店 |
|-----------------|---------|------|----|
| 預金種別            | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |    |
| ヨミガナ<br>口座名義人氏名 |         |      |    |
| ヨミガナ<br>口座名義人住所 |         |      |    |
| 電話番号            |         |      |    |

様式第44号（第106条関係）

加美町身体障害者用自動車改造費補助金交付申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

電話

下記により身体障害者用自動車改造を実施したいので、加美町身体障害者用自動車改造費補助金の交付を申請します。

記

|             |              |     |       |       |               |
|-------------|--------------|-----|-------|-------|---------------|
| ふりがな<br>氏名  |              | 性別  | 男・女   | 生年月日  | 年 月 日<br>( 歳) |
| 身体障害者手帳     | 障害名          |     |       |       |               |
|             | 障害等級         | 第 種 | 級     | 手帳番号  | 第 号           |
| 運転免許        | 種 類          |     |       | 免許条件  |               |
|             | 番 号          | 第 号 | 交付年月日 | 年 月 日 | 公安委員会 交付      |
| 改造する<br>自動車 | ふりがな<br>所有者名 |     |       | 車両番号  |               |
|             | 車 名          |     | 呼 称   |       | 用 途           |
|             | 型 式          |     |       | 車台番号  |               |
| 改造を必要とする理由  |              |     |       |       |               |
| 記入者所属職氏名    |              |     |       |       |               |

- (添付書類) (1) 就労等計画書、自動車改造計画書及び収支予算書（様式第41号）  
(2) 身体障害者手帳及び自動車運転免許証の写し  
(3) 改造を行う業者の見積書（改造箇所及び経費を明らかにしたもの）  
(4) 改造箇所の図面  
(5) 住民票謄本（3か月以内に発行されたもの）

※私は町民税課税状況及び所得等の状況について、関係機関に照会・調することに同意します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

様式第45号（第106条関係）

就 労 等 計 画 書

|                    |             |              |               |
|--------------------|-------------|--------------|---------------|
| 車を取得して<br>改造する理由   |             |              |               |
| 所属する会社等<br>の所在地・名称 | 電話          |              |               |
| 通勤距離等              | 自宅から<br>片道約 | 市町村まで<br>k m | 通勤時間等<br>時間 分 |
| そ の 他              |             |              |               |

自 動 車 改 造 計 画 書

|                 |         |     |       |     |  |
|-----------------|---------|-----|-------|-----|--|
| 車 名             |         | 呼 称 |       | 用 途 |  |
| 型 式             |         |     | 車台番号  |     |  |
| 改造箇所<br>(装置名)   | 改 造 概 要 |     |       |     |  |
|                 |         |     |       |     |  |
| 改造期間            | 年 月 日 ~ |     | 年 月 日 |     |  |
| 改造業者の<br>所在地・名称 | 電 話     |     |       |     |  |
| 改造見積額           | 金       | 円   |       |     |  |

収 支 予 算 書

|        |      |   |        |        |   |
|--------|------|---|--------|--------|---|
| 収<br>入 | 町補助金 | 円 | 支<br>出 | 自動車改造費 | 円 |
|        | 自己資金 | 円 |        |        |   |
|        | 合計   | 円 |        |        |   |

様式第46号（第107条関係）

加美町指令第 号

住所  
氏名

年 月 日付で申請のあった 年度加美町身体障害者用自動車改造費補助金については、加美町地域生活支援事業実施要綱第107条の規定により、下記の条件を付けて金 円を交付します。

年 月 日

加美町長

記

- 1 補助事業の内容を変更する場合には、町長の承認を受けること。
- 2 補助事業を中止し、又は廃止する場合には、町長の承認を受けること。

様式第47号（第108条関係）

加美町身体障害者用自動車改造費補助金交付申請内容変更承認申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

電話

年 月 日付加美町指令第 号で交付決定のあった 年度身体障害者用自動車改造費補助金について、申請の内容を下記のとおり変更したいので承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 変更の理由

2 変更の内容

3 その他参考事項

様式第48号（第108条関係）

加美町身体障害者用自動車改造費補助金交付中止・廃止承認申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

電話

年 月 日付加美町指令第 号で交付決定のあった 年度身体障害者用自動車改造費補助金について、申請の内容を下記のとおり中止・廃止したいので承認されるよう関係書類を添えて申請します。

記

1 中止・廃止の理由

2 中止の期間・廃止年月日

3 その他参考事項

様式第49号（第109条関係）

加美町身体障害者用自動車改造費補助金実績報告書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

電話

年 月 日付加美町指令第 号で交付決定のあった 年度加美町身体障害者用自動車改造費補助金について、下記のとおり実施したので補助金を交付されますよう申請します。

記

|        |                |      |  |
|--------|----------------|------|--|
| 自動車の種類 | 車名：            | 車台番号 |  |
| 改造内容   | 改造完了年月日： 年 月 日 |      |  |
| 改造業者名  |                |      |  |

（添付書類）（1）自動車改造費領収明細書又は請求明細書

（2）自動車検査証の写し

（3）改造箇所の図面（申請書添付図面と変わらない場合は不要）

（4）口座振替依頼書（別紙）

(別紙)

口座振替依頼書

身体障害者用自動車改造費補助金について、口座振替の方法により下記に振り込み願います。

年 月 日

加美町長 殿

氏名 印

記

| 振込金融機関名         | 銀行      |      | 支店 |
|-----------------|---------|------|----|
| 預金種別            | 普通 ・ 当座 | 口座番号 |    |
| ヨミガナ<br>口座名義人氏名 |         |      |    |
| ヨミガナ<br>口座名義人住所 |         |      |    |
| 電話番号            |         |      |    |

様式第50号（第117条関係）

加美町知的障害者職親申請書

|                                   |                                  |       |       |
|-----------------------------------|----------------------------------|-------|-------|
| 希望する知的障害者の数<br>及びその能力等についての<br>条件 | 通<br>い                           | 男     | 人     |
|                                   |                                  | 女     | 人     |
|                                   | 住<br>込<br>み                      | 男     | 人     |
|                                   |                                  | 女     | 人     |
| 指導訓練事項                            |                                  |       |       |
| 委託終了後の雇用の予定                       |                                  |       |       |
| 事業所等の名称及び所在地                      |                                  |       |       |
| 事業の種類                             |                                  |       |       |
| 従業人員                              | 男                                | 人、女   | 人、計 人 |
| 世帯構成人員                            | 家族                               | 人、同居者 | 人、計 人 |
| 居住の規模及び構造                         | 敷地 坪、建坪 坪<br>木造その他の別<br>平屋二階建等の別 |       |       |
| 職親希望の動機<br>及び知的障害者を<br>使用した経験の有無  |                                  |       |       |

知的障害者福祉法に規定する職親になりたいので申し込みます。

年 月 日

申請者住所

氏名

電話

印

加美町長 殿

様式第51号（第117条関係）

加美町知的障害者職親申込者調査書

年 月 日現在

|                     |                |     |         |        |
|---------------------|----------------|-----|---------|--------|
| 職親<br>申込者           | 氏 名            |     | 男 ・ 女   | 年 月 日生 |
|                     | 住 所            |     |         |        |
|                     | 性 格            |     | 健康状態    |        |
|                     | 知的障害者に対する理解の程度 |     |         |        |
| 住居及びその近隣の状況         |                |     |         |        |
| 世帯員                 | 氏 名            | 続 柄 | 生年月日    | 職 業    |
|                     |                |     |         |        |
| 世帯員の理解の程度           |                |     |         |        |
| 事業所等の近隣の状況          |                |     |         |        |
| 事業の規模及び申込者の経験年数     |                |     | 事業の経営状態 |        |
| 他の従業員の理解の程度         |                |     | 作業環境    |        |
| 委託終了後の雇用の見込         |                |     |         |        |
| その他の特記すべき事項         |                |     |         |        |
| 適当と思われる知的障害者の人員及び範囲 |                |     |         |        |
| 総合意見                |                |     |         |        |

様式第52号（第117条関係）

第 号  
年 月 日

加美町知的障害者職親申込承認通知書

様

加美町長 印

あなたは、 年 月 日付で、知的障害者福祉法第16条の職親の申し込みをされましたが、職親として認められたので通知します。

登録年月日 年 月 日

登録番号 第 号

様式第53号（第117条関係）

第 号  
年 月 日

加美町知的障害者職親申込不承認通知書

様

加美町長 印

あなたは、 年 月 日付で、知的障害者福祉法第16条の職親の申し込みをされましたが、職親として認められませんでしたので通知します。

様式第54号（第117条関係）

加美町知的障害者職親台帳

|                           |                |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
|---------------------------|----------------|------|---------------------------------|-------------|-----|--------|----------|----|--|
| 登<br>録                    | 第              | 号    |                                 |             |     |        |          |    |  |
|                           | 年              | 月    | 日                               |             |     |        |          |    |  |
| 職<br>親                    | 氏              | 名    | 男・女                             | 世<br>帯<br>員 | 氏名  | 続柄     | 生年<br>月日 | 職業 |  |
|                           | 生              | 年    | 月                               |             | 日   |        |          |    |  |
|                           | 交通目標<br>及び電話番号 |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
|                           | 職              |      | 業                               |             |     |        |          |    |  |
|                           | その経験年数         |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
|                           | 住居の規模及び構造      |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
|                           | 住居の近隣の状況       |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
| 事<br>業<br>所               | 名称所在地          |      |                                 | 事業の<br>種類   |     |        |          |    |  |
|                           | 従業員            |      | 男                               | 人、女         | 人、計 | 人      |          |    |  |
|                           | 規模及び構造         |      | 敷地 坪、建坪 坪<br>木造その他の別<br>平屋二階建の別 |             |     |        |          |    |  |
|                           | 近隣の状況          |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
|                           | 作業環境           |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
| 希望知的障害者数及び<br>その能力についての条件 |                |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
| 指導訓練事項                    |                |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
| 委託終了後の雇用の見込               |                |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
| 適当と思われる<br>知的障害者の範囲       |                |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
| 委託知的障害者氏名                 |                | 生年月日 | 委託年月日                           | 委託予定機関      |     | 通い住込の別 |          |    |  |
|                           |                |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
|                           |                |      |                                 |             |     |        |          |    |  |
|                           |                |      |                                 |             |     |        |          |    |  |

様式第55号（第118条関係）

加美町知的障害者職親委託申請書

|                                 |  |               |
|---------------------------------|--|---------------|
| 希望する職種                          |  | 通い・住み込み・いずれも可 |
| 希望事項                            |  |               |
| 知的障害者福祉法による職親への委託を希望するので申し込みます。 |  |               |
| 年 月 日                           |  |               |
| 住 所                             |  |               |
| 氏 名                             |  | 印             |
| 加美町長 殿                          |  |               |

様式第56号（第119条関係）

第 号  
年 月 日

加美町知的障害者職親委託決定通知書

様

加美町長 印

あなたを下記の職親に委託することを決定したので通知します。

記

- 1 職親の氏名 年 月 日生 男・女
- 2 職親の住所
- 3 指導訓練を受ける場所
- 4 指導訓練を受ける事項
- 5 通い・住み込みの別
- 6 委託予定期間 年 月 日～ 年 月 日

様式第57号（第129条関係）

加美町重度障害者等介助人派遣事業申請書

年 月 日

加美町長 殿

申請者住所

氏名

印

電話

下記の者を重度障害者等介助人として推薦したいので、派遣を申請します。

記

推薦介助人

| ふりがな<br>氏 名 | 住 所 | 備 考 |
|-------------|-----|-----|
|             |     |     |

研修実績等

| 研修等の名称 | 実施機関 | 終了期日 | 備 考 |
|--------|------|------|-----|
|        |      |      |     |
|        |      |      |     |
|        |      |      |     |

様式第58号(第129条関係)

加美町重度障害者等介助人派遣・あっせん同意書

年 月 日

加美町長 殿

介助人住所

氏名

印

私は、申請者 の重度障害者等介助人として、派遣・あっせんされることに同意します。

様式第59号（第129条関係）

加美町重度障害者等介助人派遣事業決定通知書

年 月 日

様

加美町長

重度障害者等介助人派遣事業の介助人として推薦のあった下記の者について、適当と認め下記指定事業者にあわせました。

記

1 推薦介助人

| ふりがな<br>氏 名 | 住 所 | 備 考 |
|-------------|-----|-----|
|             |     |     |
|             |     |     |

2 指定事業者

| 名 称 | 住 所 | 電話番号 | 備 考 |
|-----|-----|------|-----|
|     |     |      |     |

様式第1号 (第16条関係)  
様式第2号 (第18条関係)  
様式第3号 (第23条関係)  
様式第4号 (第24条関係)  
様式第5号 (第24条関係)  
様式第6号 (第24条関係)  
様式第7号 (第24条関係)  
様式第8号 (第30条関係)  
様式第9号 (第34条関係)  
様式第10号 (第35条関係)  
様式第11号 (第36条関係)  
様式第12号 (第36条関係)  
様式第13号 (第36条関係)  
様式第14号 (第47条関係)  
様式第15号 (第47条関係)  
様式第16号 (第47条関係)  
様式第17号 (第48条関係)  
様式第18号 (第55条関係)  
様式第19号 (第56条関係)  
様式第20号 (第56条関係)  
様式第21号 (第67条関係)  
様式第22号 (第67条関係)  
様式第23号 (第67条関係)  
様式第24号 (第68条関係)  
様式第25号 (第68条関係)  
様式第26号 (第68条関係)  
様式第27号 (第70条関係)  
様式第28号 (第71条関係)  
様式第29号 (第74条関係)  
様式第30号 (第81条関係)  
様式第31号 (第81条関係)

様式第32号 (第81条関係)  
様式第33号 (第81条関係)  
様式第34号 (第81条関係)  
様式第35号 (第81条関係)  
様式第36号 (第87条関係)  
様式第37号 (第88条関係)  
様式第38号 (第88条関係)  
様式第39号 (第98条関係)  
様式第40号 (第99条関係)  
様式第41号 (第100条関係)  
様式第42号 (第100条関係)  
様式第43号 (第101条関係)  
様式第44号 (第106条関係)  
様式第45号 (第106条関係)  
様式第46号 (第107条関係)  
様式第47号 (第108条関係)  
様式第48号 (第108条関係)  
様式第49号 (第109条関係)  
様式第50号 (第117条関係)  
様式第51号 (第117条関係)  
様式第52号 (第117条関係)  
様式第53号 (第117条関係)  
様式第54号 (第117条関係)  
様式第55号 (第118条関係)  
様式第56号 (第119条関係)  
様式第57号 (第129条関係)  
様式第58号 (第129条関係)  
様式第59号 (第129条関係)