

四日市市告示第 2 8 5 号

四日市市障害者(児)移動支援事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

平成 2 7 年 5 月 2 1 日

四日市市長 田 中 俊 行

四日市市障害者(児)移動支援事業実施要綱の一部を改正する要綱

四日市市障害者(児)移動支援事業実施要綱(平成 2 0 年四日市市告示第 9 1 号)の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>(事業の内容)</p> <p>第 2 条 (略)</p> <p><u>2 移動支援については、一人の利用者に対して一人の支援者によって行うものを原則とする。ただし、利用者の安全に十分に配慮して移動支援を行う場合であり、かつ市長が必要と認める場合においては、この限りではない。</u></p> <p>(移動支援費の請求)</p> <p>第 1 1 条 (略)</p> <p>2 前項の規定により委任を受けた指定事業者は、移動支援が行われた日の属する月の翌月の 1 0 日までに四日市市障害者(児)移動支援費請求書(第 6 号様式)に次に掲げる書類を添付して、市長に請求しなければならない。</p> <p>(1)及び(2) (略)</p> <p><u>(3) 四日市市障害者(児)移動支援サービス グループ支援確認票(第 8 号様式の 2 )</u></p>	<p>(事業の内容)</p> <p>第 2 条 (略)</p> <p>(移動支援費の請求)</p> <p>第 1 1 条 (略)</p> <p>2 前項の規定により委任を受けた指定事業者は、移動支援が行われた日の属する月の翌月の 1 0 日までに四日市市障害者(児)移動支援費請求書(第 6 号様式)に次に掲げる書類を添付して、市長に請求しなければならない。</p> <p>(1)及び(2) (略)</p>

改正後

別表第 1

算定基準額（1回あたり）

利用時間	身体介護あり	身体介護なし
30分以下	256単位	105単位
30分を超え1時間以下	405単位	199単位
1時間を超え1時間30分以下	589単位	278単位
1時間30分を超え2時間以下	672単位	348単位
2時間を超え2時間30分以下	755単位	
2時間30分を超え3時間以下	839単位	
3時間を超え3時間30分以下	922単位	
上記以後30分を増すごとに	83単位を加算	70単位を加算

備考

- 1 早朝、夜間又は深夜に移動支援を行った場合、上記の単位数に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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号。以下「基準」という。）の別表第3の1注6に定める率を乗じた単位を用いる。
- 2 1回の移動支援において、支援者の員数を利用者の員数で除したときに1を下回る場合にあつては、利用者ごとに上記の単位数に100分の70を乗じた単位を用いる。
- 3 上記の単位数に率を乗じる場合、平成18年10月31日障発1031001号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長通知「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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準等の制定に伴う実施上の留意事項について」第二 1(1)の規定を準用する。
- 4 移動支援費の額の算定については、上記の単位数に、当該移動支援を実施する事業所が所在する地域区分により、基準の規定に基づき、厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）に掲げる地域区分ごとの同行援護の割合を乗じるものとする。

（注） （略）

改正前

別表第 1

算定基準額（1回あたり）

利用時間	身体介護あり	身体介護なし
30分未満	255単位	105単位
30分以上1時間未満	404単位	196単位
1時間以上1時間30分未満	587単位	274単位
1時間30分以上2時間未満	670単位	344単位
2時間以上2時間30分未満	753単位	
2時間30分以上3時間未満	836単位	
3時間以上3時間30分未満	919単位	
上記以後30分を増すごとに	83単位を加算	70単位を加算

備考

移動支援費の額の算定については、上記の単位に、当該移動支援を実施する事業所が所在する地域区分により、障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号）の規定に基づき、厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）に掲げる地域区分ごとの居宅介護の割合を乗じるものとする。

（注） （略）

第7号様式及び第8号様式を次のように改める。

四日市市障害者(児)移動支援費請求明細書

			年		月分
--	--	--	---	--	----

受給者証番号	.....
受給者(保護者)氏名	
児童氏名 (受給者が児童の場合)	

事業者及びその事業所の名称	
---------------	--

費用 額 計 算 欄	サービス内容	単位数	回数	当月単位数	摘要	
		.....	.....	.....	.....	
		.....	.....	.....	.....	
		.....	.....	.....	.....	
		.....	.....	.....	.....	
		.....	.....	.....	.....	
		.....	.....	.....	.....	
	当月単位数合計				.....	
	単位数単価(円/単位)				.....	
	当月費用の額( × )				.....	

利用者負担額計算欄	利用者負担額( × 10/100 )	.....	
	利用者負担額上限	.....	
	利用者負担額(又はの少ない方)	.....	

当月移動支援費請求額( - )	.....	円
-----------------	-------	---

四日市市移動支援サービス提供実績記録票

受給者証番号	支給決定障害者等氏名	事業所番号	
	(児童氏名)		
サービス内容及び契約支給量	身体介護あり	時間 / 月	事業者及びその事業所
	身体介護なし	時間 / 月	

日時	曜日	移動支援計画			サービス提供時間		算定時間数	グループ支援	派遣人数	サービス提供者印	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
		:	:		:	:						
				計画時間数計	内訳（適用単価別）		算定時間数計					
					個別支援型	グループ支援型						
合計		身体介護あり										
		身体介護なし										

第 8 号様式の次に次の 1 様式を加える。

四日市市移動支援サービス グループ支援確認票

日時	曜日	移動支援計画			サービス提供時間		算定 時間数	事業所番号									
		開始時間	終了時間	計画 時間数	開始時間	終了時間		事業者及 びその事 業所									
		:	:		:	:											

利用者内訳					サービス提供者内訳				
	受給者証番号				支給決定障害者等氏名	支給決定自治体名		サービス提供者名	所属する事業所名
1							1		
2							2		
3							3		
4							4		
5							5		
6							6		
7							7		
8							8		
9							9		
10							10		

	枚中		枚
--	----	--	---

附 則

この要綱は、告示の日から施行し、平成27年4月1日から適用する。

(健康福祉部障害福祉課)