

比布町地域移行のための安心生活支援事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、地域生活支援拠点等の整備促進について（平成29年7月7日障害発第0707号第1号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課長通知）において示された「地域生活支援拠点等」の整備により障がい者及び障がい児（以下「障がい者等」という。）が地域で安心して暮らすための支援体制を整備することにより、障がいがあっても自ら選んだ地域で暮らしていただけるよう地域生活への移行や定着を支援することを目的とする。

(実施主体)

第2条 この事業の実施主体は、比布町とする。ただし、事業の一部を適正な事業運営ができると認められる社会福祉法人等に委託することができるものとする。

(事業内容)

第3条 この事業の内容は、次に掲げる事業を行う。

- (1) 緊急一時的な宿泊事業 地域で生活する障がい者等の急な体調不良や、介護者又は保護者の急病等の場合、短期入所等における緊急受け入れや医療機関への連絡等の必要な対応を行う事業で、宿泊することが適当でない特別な事情があると認める場合には、宿泊を伴わない事業の利用をすることができるものとする。
- (2) 体験的宿泊事業 地域生活への移行や親元からの自立等に当たって、共同生活援助等の障害福祉サービスの利用や緊急時の宿泊体験で一人暮らしの体験の機会や場を提供する。
- (3) その他町長が必要と認める事業

(対象者)

第4条 この事業の対象者は、比布町障がい者地域生活支援事業実施規則（以下「規則」という。）第3条に定める者とする。

(事業所)

第5条 第3条に規定する事業を実施できる事業所は、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5条第2項に規定する居宅介護又は同法第5条第8項に規定する短期入所を実施する事業所（以下「事業所」という。）とする。ただし、当該事業所を確保することが困難と町長が認める場合は、社会福祉法人等であって、当該事業所に準じた人員又は設備等が配置されている場合にこれを提供することができる。

(利用の申請)

第6条 第3条の事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、比布町地域移行のための安心生活支援事業利用申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）により、町長に申請しなければならない。ただし、緊急その他やむを得ない事由によりあらかじめ申請することができないときは、その旨を町長に申出し、事後速やかに申請書を提出するものとする。

(利用の条件)

第7条 第3条第1号の規定による事業は、次の各号に該当する場合に実施する。

- (1) 障がい者等の家族等が急な疾病等により、介護する者がいない場合
- (2) 障がい者等の家族等が事故、葬祭、出産等により、介護することができない場合

2 第3条第1号及び第2号による事業の利用期間は、1回につき5日以内とする。ただし、町長が特に必要と認めるときは、この限りでない。

(利用の決定)

第8条 町長は、第6条の規定による申請があったときは、速やかに内容を審査し、その可否を比布町地域移行のための安心生活支援事業利用決定（却下）通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

(利用単価)

第9条 利用単価は別表のとおりとし、第3条に規定する全ての種類の事業の費用とする。

(利用者負担額)

第10条 申請者は前条の1割を負担するものとし、事業所に支払うものとする。

2 利用負担の免除及び利用者負担上限月額にあつては、規則第9条第2項第1号から第4号の規定

によるものとする。

- 3 前条に定める利用単価で算定した額を除く食事代及び光熱水費については、利用した施設の定める金額に従って利用者が負担する。

(支払等)

第11条 第2条の規定により事業を委託する場合は、比布町はこの事業に要した全ての経費を事業所に支払うものとする。

- 2 事業所は、サービスを提供した月の翌月の10日までに、当該月に係る費用を、比布町地域移行のための安心生活支援事業費請求書(様式第3号)に比布町地域移行のための安心生活支援事業利用実績明細書(様式第4号)を添えて、町長に請求するものとする。

- 3 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費用を支払うものとする。

(遵守事項)

第12条 第5条に規定する事業者(以下「事業者」という。)は、サービス提供時に事故が発生した場合は、直ちに必要な処置を講じ、町長及び家族等に連絡を行わなければならない。

- 2 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はならない。

(契約)

第13条 町長は、第5条に定める基準に基づき、適当と認める事業者と事業に関する協定書を締結するものとする。

(その他)

第14条 この要綱に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は令和3年4月1日から施行する。

別表(第9条関係)

利用単価	
第3条に定めるすべての種類の事業の日額	短期入所サービス費に準じた単位及び加算額

- 1 利用開始時刻から午前0時までを1日として扱う。
- 2 5日を超えて利用が必要な場合の負担額は、原則として利用者の一次判定(コンピューター判定)の障害支援区分を二次判定(審査会)の障害支援区分とみなした報酬単価とする。この場合は速やかに、二次判定を行うものとする。
- 3 第9条に定めるすべての種類の事業の日額は、障害者総合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)第7第1項イ(1)福祉型短期入所サービス費(Ⅰ)(三)区分4、第2項短期利用加算、第4項単独型加算、第8項食事提供体制加算、第9項イ緊急短期入所受入加算(Ⅰ)及び第10項定員超過特例加算によるものとする。

年 月 日

比布町地域移行のための安心生活支援事業利用申請書

比布町長 様

(申請者)
 住 所
 氏 名 ⑩
 利用者との続柄 ()
 電話番号

次のとおり比布町地域移行のための安心生活支援事業の利用を申請します。

利 用 者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			満 歳
	住 所	電話番号		
十八歳未満の場合 保護者(利用者が)	フリガナ		続 柄	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母
	氏 名			<input type="checkbox"/> その他 ()
	住 所	電話番号		
障 害 の 程 度	障害支援区分	有・無	区分1・2・3・4・5・6	有効 期限
	障害等の種別	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他()		
利用する支援の種別		<input type="checkbox"/> 短期入所支援(事業所名:) <input type="checkbox"/> 事業所等による宿泊を伴わない支援(事業所名:)		
備 考				

※添付書類…障がい等の種別を確認する書類(障害者手帳のコピー、医師の診断書等)

年 月 日

比布町地域移行のための安心生活支援事業利用決定(却下)通知書

様

比布町長

申請のありました、比布町地域移行のための安心生活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

利用者	フリガナ		生年月日	年	月	日
	氏名			満	歳	
	住所	電話番号				
十八歳未満の 保護者(利用者 が)	フリガナ		続柄	<input type="checkbox"/> 父	<input type="checkbox"/> 母	
	氏名			<input type="checkbox"/> その他	()	
	住所	電話番号				
障害支援区分	有・無	区分1・2・3・4・5・6	有効期限	年	月	日～ 年 月 日
利用するサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所支援 利用予定期間(年 月 日～ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 事業所等による宿泊を伴わない支援 利用予定期間(年 月 日～ 年 月 日)					
備考	この通知書を事業所へ提示してください。					

2 却下

却下理由	
------	--

年 月 日

比布町地域移行のための安心生活支援事業費請求書

比布町長 様

請求事業者	住所(所在地)	
	電話番号	
	名称	
	職・氏名	⑩

下記のとおり請求します。

記

1. 利用者氏名

2. 利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日

3. 種類 短期入所支援 ・ 宿泊を伴わない支援

4. 支払い請求額 円

内 訳

項 目	単 価	数 量	単 位	金 額	備 考
拠点事業利用料			日		

上記請求代金は下記の口座に振り込んでください。

金融機関名	支店名	口座種別	口座番号	フリガナ 口座名義

様式第4号（第11条関係）
 様式第4号（第11条関係）

比布町地域移行のための安心生活支援事業利用実績明細書

利用者		事業所名	
保護者			

障害支援区分	有・無	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
--------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

年 月分

サービス内容		<input type="checkbox"/> 短期入所支援 <input type="checkbox"/> 宿泊を伴わない支援				
日付	曜日	サービス提供時間		算定時間	派遣人数	サービス提供者印
		開始時刻	終了時刻			
合計						

上記のとおり利用しました。

年 月 日

利用者氏名

印