

## 岩国市移動支援事業実施要領

(趣旨)

第1条 この要領は、屋外での移動に著しい制限のある身体障害者（児）、知的障害者（児）、精神障害者、発達障害者（児）又は難病患者（以下「障害者等」という。）について、外出のための移動の支援を行うことにより、障害者等の地域での自立生活及び社会参加を促すため、岩国市移動支援事業（以下「事業」という。）を実施することについて、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、岩国市とする。ただし、市長は、事業の全部又は一部を適切な事業運営が確保できると認められる法人に委託することができる。

(利用対象者)

第3条 事業の利用対象者は、市内に居住し、かつ、住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき住民基本台帳に記載されている者で、次の各号のいずれかに該当する障害者等であって、社会生活上必要不可欠な外出又は余暇活動等の社会参加のための外出について、市長が移動の支援の必要があると認めた者とする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者で、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号身体障害者障害程度等級表に定める1級から3級までの視覚障害のあるもの
- (2) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項に規定する身体障害者手帳の交付を受けた者で、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号身体障害者障害程度等級表に定める1級に該当するものであって両上肢及び両下肢の機能の障害を有するもの又はこれに準ずる肢体不自由のあるもの
- (3) 療育手帳制度要綱（昭和48年9月27日厚生省発児第156号厚生事務次官通知）に基づく療育手帳のA又はBの交付を受けている者
- (4) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の1級の交付を受けている者
- (5) 精神障害を事由とする年金の1級を現に受けている者
- (6) 上記(1)、(2)、(3)及び(4)に該当する者のうち18歳未満である者
- (7) 前6号に掲げるもののほか、市長が特に必要と認める者

(事業内容)

第4条 事業の内容は、次に掲げる業務を行なうものとする。

- (1) 個別移動支援業務 障害者等の外出における個人への移動支援
- (2) グループ移動支援業務 複数の障害者等からなるグループの外出における集団への移動支援

2 サービス提供範囲は、原則として1日の範囲内で用務を終えるものに限る。

(申請)

第5条 事業を利用しようとする者（以下「利用者」という。）又はその保護者（以下「申請者」という。）は、岩国市移動支援事業利用申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

(決定及び却下)

第6条 市長は、前条の規定により申請を受理したときは、その内容を審査し、利用を決定又は却下したときは、岩国市移動支援事業利用決定（却下）通知書（様式第2号。以下「決定通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

(変更及び廃止)

第7条 申請者は、次の各号のいずれかに該当するときは、岩国市移動支援事業利用変更（廃止）届（様式第3号）により、速やかに市長に届け出なければならない。

- (1) 利用者の住所等を変更したとき。
- (2) 利用者の心身状況に大きな変化があったとき。
- (3) 利用の中止をしようとするとき。

(決定の取消し)

第8条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、第6条の規定による利用決定を取り消すことができる。

- (1) この事業の利用対象者でなくなったとき。
- (2) 不正又は虚偽の申請により利用決定を受けたとき。
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が利用を不相当と認めたとき。

(利用の方法)

第9条 利用者が事業を利用しようとするときは、決定通知書を事業者に提示し、事業者に直接依頼するものとする。

(利用者負担金)

第10条 利用者は、利用者負担金として事業の利用に要する経費の1割の額を事業者に支払うものとする。ただし、実施地まで赴く際の交通費及びその他の費用が発生したときは、利用者負担金とは別に当該実費を負担しなければならない。

2 利用者及びその属する世帯が次の各号のいずれかに該当するときは、前項に規定する利用者負担金を免除する。この場合において、世帯認定方法は、障害者総合支援法に基づく介護給付費等の支給決定に係る世帯認定方法を準用する。

- (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
- (2) 世帯主及び世帯員の当該年度（4月から6月までの間の利用については、前年度とする。）の市民税が非課税である世帯

(職員の配置)

第11条 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、事業者ごとに職員の勤務の体制を定めておかなければならない。

(事業者の責務)

第12条 事業者は、サービス提供時に事故が発生した場合は、市長及び家族等に速やかに連絡を行なうとともに、必要な措置を講じなければならない。

(帳簿の整備)

第13条 事業者は、事業の運営に関し常に必要な諸帳簿を整備し、事業終了後5年間保存しなければならない。

(その他)

第14条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この要領は、平成18年10月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年7月9日から施行する。

附 則

- 1 この要領は平成28年3月23日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要領の施行の際、現に提出されているこの要領による改正前の岩国市移動支援事業実施要領による障害福祉サービス等利用申請書（次項において「旧様式」という。）は、この要領による改正後の岩国市移動支援事業実施要領による岩国市移動支援事業利用申請書とみなす。

- 3 この要領の施行の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

別表 1

## 個別移動支援の単価

区分	所要時間	金額 (円)
身体介護を伴う場合	～ 30分	2,300
	30分～1時間00分	4,000
	1時間00分～1時間30分	5,800
	1時間30分～2時間00分	6,620
	2時間00分～2時間30分	7,440
	2時間30分～3時間00分	8,260
	3時間00分～3時間30分	9,080
	以後、所要時間が30分増すごとに820円を加算	
身体介護を伴わない場合	～ 30分	800
	30分～1時間00分	1,500
	1時間00分～1時間30分	2,250
	1時間30分～2時間00分	3,000
	以後、所要時間が30分増すごとに750円を加算	

## 備考

夜間（午後6時から午後10時までの時間をいう。）又は早朝（午前6時から午前8時までをいう。）に移動介護事業を行った場合は、1回につき所定額の100分の25に相当する額を所定額に加算し、深夜（午後10時から午前6時までをいう。）に移動介護事業を行った場合は、1回につき所定額の100分の50に相当する額を所定額に加算する。

移動支援中に単なる待ち時間が発生した場合は、500円/30分で算定することとする。

別表 2

## グループ移動支援の単価算定に係る係数

ヘルパー： 利用者比率	1：2以下	1：3以下	1：4以下	1：5以上
係数	1.2	1.4	1.6	1.8

様式第1号（第5条関係）

岩国市移動支援事業利用申請書

年 月 日

岩 国 市 長 様

岩国市移動支援事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	氏 名	個人番号：				
	居住地	〒			電話番号（ ）	—
			FAX番号（ ）	—		
	フリガナ		生年月日	年 月 日		
	支給申請に係る児童氏名	個人番号：		続柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	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					
申請する支援の種別・内容	介護保険サービス	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					
申請する支援の種別・内容	種 別	<input type="checkbox"/> 個別支援型			<input type="checkbox"/> 身体介護有り		
		<input type="checkbox"/> グループ支援型			<input type="checkbox"/> 身体介護無し		
	内 容 (利用施設等)						

## 岩国市移動支援事業利用決定(却下)通知書

様

岩国市長

印

岩国市移動支援事業の利用について、次のとおり決定したので通知します。

決定

登録番号					
利用決定者	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏名				
	居住地				
フリガナ				生年月日	年 月 日
利用決定児童氏名					
所得区分		有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
種類	<input type="checkbox"/> 個別支援型		<input type="checkbox"/> 身体介護有り		
	<input type="checkbox"/> グループ支援型		<input type="checkbox"/> 身体介護無し		
費用負担		上限利用時間	時間 / 1か月		
備考					

注意事項

- が決定したサービスとなります。
- 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示してください。
- 記載事項等に変更があったときには、岩国市長にその旨を届け出てください。

却下

却下理由	
------	--

(特記事項)

- 1 各事業において、以下の事項に該当する場合は、事業の利用登録を取り消すものとします。
  - (1) この事業の対象者ではなくなった場合
  - (2) 不正、又は虚偽の申請により利用決定を受けた場合
  - (3) 営利目的のための利用
  - (4) 政治又は宗教活動のための利用
  - (5) 社会通念上、この事業を適用することが適当でない利用
  - (6) 派遣奉仕員等に危害を加えた場合
  - (7) その他市長が利用を不相当と認めた場合
  
- 2 利用上限額のある事業に関しましては、上限管理を利用者又は保護者が行ってください。  
また、支給決定量を超えて利用した際には、超過して発生した利用料について、原則全額自己負担とします。

様式第3号（第7条関係）

岩国市移動支援事業利用変更（廃止）届

年 月 日

岩 国 市 長 様

次のとおり 変更 ・ 廃止 をしますので、届け出ます。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日			
	氏 名	個人番号：					
	居住地	〒 電話番号（ ） - FAX番号（ ） -					
支給申請に係る児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日			
		個人番号：	続 柄				
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名	

1 変更

変更事項	変 更 前	変 更 後
氏 名 等		
居 住 地 等		
そ の 他		

※変更した内容を証する書類を添付してください。

2 廃止

廃止理由	
------	--

