

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、鳥取県障がい児者在宅生活支援事業補助金交付要綱（平成15年11月28日付障第1145号鳥取県知事通知）の別表第1欄に掲げる鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業のうち、入院時付添依頼助成事業（以下「本事業」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（目的）

第2条 本事業は、常時の付き添いが求められる重症心身障がい児者等が入院する場合に、一時的に付き添いを家族以外の者に依頼するのに必要な経費を助成することで、家事や他の家族の世話等を行う時間を確保する等、家族の負担を軽減することを目的とする。

（実施主体）

第3条 本事業の実施主体は、市町村とする。

（事業主体）

第4条 本事業の事業主体は、次のいずれかに該当する障がい児者の保護者又は本人（以下「付添依頼者」という。）とする。

- （1）重症心身障がい児者
- （2）身体障害者手帳に記載された身体上の障害（両上肢機能障害、体幹機能障害及び両下肢機能障害の全ての障害に係るものに限る。次号において同じ。）の程度が1級又はこれに準ずる先天性神経筋疾患の障がい児者
- （3）身体障害者手帳に記載された身体上の障害の程度が1級又はこれに準ずる頭部外傷、後天性脳疾患若しくは脊髄損傷の障がい児者

2 前項に掲げる障がい児者であって、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12号）第5条第3項に定める重度訪問介護の支給決定を受けている場合は、その利用を優先すること。

（本事業の対象となる付添者）

第5条 本事業による家族以外の一時的な付き添いとして認められる者（以下「代替付添者」という。）は、次の各号のいずれかに掲げる者で、付添依頼者の親族にあたらぬ者とする。

- （1）次に掲げる資格のいずれかを有する者若しくは資格を得るために必要とされる学校等の教育課程に現に在籍する者又は研修を受講している者
 - ア 医師
 - イ 看護師（准看護師、保健師及び助産師を含む。）
 - ウ 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
 - エ 救急救命士
 - オ 臨床心理士
 - カ 社会福祉士、介護福祉士又は精神保健福祉士
 - キ 介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第3条に定める養成研修修了者

- ク 保育士
 - ケ 児童福祉司、知的障害者福祉司又は身体障害者福祉司に任用される資格を有する者
 - コ 学校教育法第1条に定める学校のうち、大学を除く学校（以下「学校」という。）において教育に従事する資格を有する者
- (2) 次に掲げる業務の何れかに従事（無償で行う場合を含む。）している者又は従事していたことがある者
- ア 社会福祉事業での利用者への直接の処遇
 - イ 医療提供施設（調剤を実施する薬局を除く。）での利用者への直接の処遇
 - ウ 学校における教育
- (3) 重症心身障がい児者への処遇について、前2号と同等の技能又は経験を有する者として市町村長が認める者

（補助対象経費等）

第6条 本事業の補助対象経費等は次のとおりとする。

- (1) 補助対象経費 付添依頼者が、付添依頼のために支出した額（代替付添者の交通費及び食事代を除く）。ただし、利用1時間につき1,650円を上限とする。
- (2) 年間利用時間数上限 付添依頼者1人につき当該年度中140時間
- (3) 付添依頼者負担額 補助対象経費の3分の1

（利用申請）

第7条 本事業の利用申請は、付添依頼者が利用申請書（様式第1号）を居住地の市町村に提出して行うものとする。

（利用決定）

第8条 市町村は、第7条の利用申請があった場合には、利用の適否を決定し、利用決定通知書（様式第2号）により申請者にその旨を通知するものとする。

（支給管理台帳の作成・整備）

第9条 市町村は、様式第3号を参考にして、支給管理台帳を作成し、利用決定の内容等を記載し、整備するものとする。

（利用料の請求及び支払）

第10条 付添依頼者は付添依頼に要した費用を全額支払い、代替付添者から領収書の発行を受けるものとする。

- 2 付添依頼者は、付添依頼に要した費用のうち本事業の対象となる経費の3分の2相当額を、領収書の写しを添付して、請求書（様式第4号）により居住地の市町村に請求するものとする。
- 3 市町村は、付添依頼者から利用料の請求があった場合には、提出された請求内容を審査の上、原則として、請求があったその都度、利用者に対して支払いを行うものとする。

（代理受領）

第11条 市町村は、付添依頼者の利便性を考慮し、第10条によらず、付添依頼者に支給すべき

額の限度において、付添依頼者の代わりに付添依頼に要した費用を代替付添者に支払うことができる。

2 代理受領により付添依頼に要した費用の公費負担額の支払を行う場合は、代替付添者は、請求書（様式第4号）に付添依頼者からの委任状（様式第5号）を添えて市町村に提出する。

3 市町村は代替付添者から請求書及び委任状の提出があった場合には、提出された請求内容を審査の上、原則として、請求があったその都度、代替付添者に支払うものとする。

（その他）

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は福祉保健部長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成23年10月13日から施行し、平成23年4月1日から適用する。

附 則

（施行期日）

この改正は、平成24年9月13日から施行し、平成24年8月1日から適用する。

附 則

この改正は、平成25年10月9日から施行し、平成25年10月1日から適用する。

附 則

この改正は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、令和4年4月1日から施行する。

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）利用申請書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）実施要綱（平成 23 年 10 月 13 日付第 201100068662 号鳥取県福祉保健部長通知）第 7 条の規定により、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				
	居 住 地	(電話)			
	フリガナ		生年月日	年 月 日	
利用申請に係る 児童氏名（要付 添児）					
入院（予定） 病院名					
入院（予定） 期間	年 月 日 ~	年 月 日	利用（予定） 時間数	時間	
代替付添(予定) 者又は事業所	住所 氏名（事業所名）				

番 号
年 月 日

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）
利用決定通知書

〇 〇 〇 〇 様

職 氏 名



年 月 日付で申請のあった鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）について、下記のとおり決定しましたので、鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（入院時付添依頼助成事業）実施要綱（平成23年10月13日付第201100068662号鳥取県福祉保健部長通知）第8条の規定により通知します。

記

利用決定者(保護者) 氏名		利用決定に係 る児童氏名	
利用決定日			
入院(予定)期間			
利用時間数の上限			

<問い合わせ先>

〇〇市(町村) 〇〇〇課

住 所

電話番号

様式第3号（第9条関係）

支給管理台帳

番号	利用決定障がい者（保護者）氏名	利用決定に係る児童氏名	利用決定日	支払実績（助成対象額の2/3相当額） ※（ ）内には、2/3を乗ずる前の額を記載							
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
				11月	12月	1月	2月	3月	計		
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業 (入院時付添依頼助成事業) 請求書

(あて先) ○○市 (町村) 長 様

(請求者) 氏 名 印

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業 (入院時付添依頼助成事業) 実施要綱 (平成23年10月13日付第201100068662号鳥取県福祉保健部長通知) 第10条第2項の規定により下記のとおり関係書類を添えて請求します。

記

1 入院時付添の概要

(1) 入院の日時	年 月 日 ~ 年 月 日
(2) 入院先	
(3) 代替付添者	
(4) 代替付添の日時	年 月 日 時 分 ~ 時 分 (時間 分) 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (時間 分) 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (時間 分) 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (時間 分) 年 月 日 時 分 ~ 時 分 (時間 分)
(5) 総時間数	時間 分

2 請求額

区分	実績	備考
代替付添の総時間数 A	時間 分	15分以上30分未満の場合は30分とし、15分未満の場合は0分とする。
助成対象となる時間数 B	時間 分	Aが140時間を超える場合は140時間とする。同一年度において既に支給を受けている場合は、140時間から既支給分を差し引いた時間を記入する。
付添依頼費用の時間単価 C	円	実際に代替付添者に支出した1時間当たりの付添依頼費用の額
Cと1,650円を比較して少ない方の額 D	円	
補助対象経費 E	円	B×D
請求額 F	円	Eの2/3相当額

3 振込先

金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・支所
預金種別 (該当を○で囲む)	1 普通 2 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

【添付書類】

(1) 付添依頼者が請求する場合

①代替付添者の発行した領収書の写し

(2) 代替付添者 (事業者) が請求する場合

①様式第5号: 代理受領に係る付添依頼費用支払請求委任状 (初回のみ)

②自己負担分領収書の写し

様式第 5 号 (第 11 条関係)

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業 (入院時付添依頼助成事業)
代理受領に係る付添依頼費用支払請求委任状

(あて先) ○○市 (町村) 長 様

年 月 日付で利用決定を受けた入院時付添依頼費用について、自己負担額を除く、入院時付添依頼費用の請求及び受領の権限を下記のとおり代替付添 (予定) 者又は事業者
に委任します。

記

委任期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

年 月 日

住 所

請求者兼委任者
(利用決定者)

氏 名

印

上記の受領の権限を受任しました。

年 月 日

住 所

受 任 者

名 称

印