

○かつらぎ町訪問入浴サービス事業実施要綱

平成22年5月11日

要綱第41号

改正 平成26年3月28日告示第63号

平成26年3月31日告示第65号

平成27年12月28日告示第249号

平成28年3月17日告示第36号

平成28年3月29日告示第68号

かつらぎ町訪問入浴サービス事業実施要綱(平成20年かつらぎ町要綱第28号)の全部を改正する。

(目的)

第1条 この要綱は、かつらぎ町訪問入浴サービス事業(以下「事業」という。)の実施に関し、必要な事項を定め、地域における身体障害者及び身体障害児(以下「身体障害者」という。)の生活を支援するため、訪問により居宅において入浴サービスを提供し、身体障害者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図り、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(事業内容)

第2条 この事業の内容は、身体障害者の居宅を訪問し、浴槽を提供して行われる入浴の介護とする。

(対象者)

第3条 この事業の対象者は、町内に居住する者で、全身性障害者(両上肢、両下肢のいずれにも障害が認められる肢体不自由1級の者及びこれに準ずると町長が認めた者)であって事業の利用を図らなければ入浴が困難な在宅の身体障害者とする。

2 前項の規定にかかわらず、利用を希望する者が次の各号のいずれかに該当するときは、対象者から除外する。

- (1) 介護保険制度等に基づく入浴サービスの給付を受けることができるとき。
- (2) 感染性疾患を有し、他の者に感染させるおそれのあるとき。
- (3) 疾病等により、医療機関に入院して医療を受ける必要があるとき。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、事業の利用について町長が適当でないと認めるとき。

(事業の委託)

第4条 町長は、事業の実施について、訪問入浴用車両を備え必要なサービス提供従事者の

派遣が可能な事業者に委託することができる。

(サービス提供従事者)

第5条 1回の訪問につき事業者が派遣すべきサービス提供従事者(以下「従事者」という。)は、次のとおりとする。

- (1) 看護師又は准看護師 1人
- (2) 介護職員 2人

2 前項の規定にかかわらず、対象者の身体の状況が安定していること等から、入浴により対象者の身体の状況等に支障を生ずるおそれがないと認められるときは、主治医の意見を確認した上で前項第1号の従事者に代えて第2号の従事者を充てることができる。

(サービス提供時における留意事項)

第6条 従事者は、サービス提供時に対象者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医又はあらかじめ事業者が定めた協力医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じなければならない。

(利用の申請及び決定等)

第7条 事業の利用を希望する者又はその家族等(以下「申請者」という。)は、訪問入浴サービス事業利用申請書(様式第1号)に入浴についての意見書(様式第2号)及び誓約書(様式第3号)を添付して町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の規定による申請があったときは、速やかに対象者としての要件及び必要性を検討し、利用の適否の決定を行い、地域生活支援事業利用(決定)通知書(様式第4号)により当該申請者に利用の可否を通知するとともに、地域生活支援事業受給者証(様式第5号)を交付するものとする。

3 第1項の申請に対し、支給を行わないことを決定したときは、却下決定通知書(様式第6号)により当該申請者に通知するものとする。

(有効期間)

第8条 前条の規定による決定有効期間は、原則1年とする。ただし、障害福祉サービスの支給決定を受けている者については、障害福祉サービスに準ずるものとする。

2 決定を受けた身体障害者(以下「利用者」という。)が、有効期間満了後も引き続きこの事業を利用しようとするときは、有効期間満了日までの1月以内に第7条に規定する申請を行わなければならない。

(付添人)

第9条 対象者の家族等は、事業の利用を受ける場合、原則として、対象者に付き添わなけ

ればならない。

(利用決定に係る変更の届出)

第10条 利用者は、申請の内容に変更が生じたときは、申請内容変更届(様式第7号)により、速やかに町長に届け出なければならない。

(決定の取消し)

第11条 町長は、利用者が対象者でなくなったとき、死亡したとき又は虚偽の申請をした等不正行為が認められたときは、利用の決定を取り消し、支給決定取消通知書(様式第8号)により当該支給決定障害者等に通知するものとする。

(受給者証の再交付の申請)

第12条 地域生活支援事業受給者証の再交付の申請は、受給者証再交付申請書(様式第9号)によるものとする。

(利用回数)

第13条 この事業の利用回数は、町長が別に定める。

(サービスの中止)

第14条 町長は、対象者が次の各号のいずれかに該当するときは、サービスを中止することができる。

- (1) 利用日当日の健康チェックの結果、事業者において支障があると認めたとき。
- (2) 前号に掲げるもののほか、町長が適当でないと認めたとき。

(利用者負担)

第15条 利用者は、事業を利用したときは、事業に要した費用として別表に定める額(以下「費用額」という。)の1割を利用者負担として、事業者を支払わなければならない。ただし、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)第29条に基づき利用者負担上限月額(以下「負担上限月額」という。)を設けるとともに、かつらぎ町地域生活支援事業実施規則(平成18年規則第41号)第2条第4号、第5号、第7号及び第8号の事業の利用者の利用者負担合計額について、負担上限額を超えないものとする。

(利用者負担の減免又は免除)

第16条 町長は、災害その他やむを得ない理由により費用の納付が困難であると認められるときは、前条の利用者負担を減額し、又は免除することができる。

2 前項の規定により利用者負担の減額又は免除を受けようとする者は、申請書に減額又は免除を必要とする事由を証明する書類を添えて、町長に提出しなければならない。

3 町長は、前項の規定による申請があったときは、速やかに、その認否について決定するものとする。

(委託料)

第17条 事業者は、費用額から第14条に規定する利用者負担を差し引いた額を委託料として支払うものとする。

2 事業者は、事業を利用した月の翌月10日までに、町長に対し、当該月に係る委託料を一括して請求するものとする。

3 町長は、前項の規定により請求のあった事業者に対し、請求のあった日から起算して30日以内に、内容を確認のうえ委託料を支払うものとする。

(補則)

第18条 この告示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

この要綱は、公布の日から施行し、平成22年4月1日から適用する。

附 則(平成26年3月28日告示第63号)

この告示は、公布の日から施行し、平成25年4月1日から適用する。

附 則(平成26年3月31日告示第65号)

この告示は、平成26年4月1日から施行する。

附 則(平成27年12月28日告示第249号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則(平成28年3月17日告示第36号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

附 則(平成28年3月29日告示第68号)

この告示は、平成28年4月1日から施行する。

別表(第15条関係)

入浴	11,905円(税別)
清拭	8,334円(税別)

年 月 日

かつらぎ町長 様

次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								
	個人番号					電話番号			
	居住地	〒							
利用者が18歳未満の場合記入	フリガナ	.....				続柄			
	保護者氏名								
	個人番号					電話番号			
	保護者居住地	〒							
身体障害者手帳		有( 種 級) ・ 無							
該当する所得区分		生活保護 ・ 低所得 ・ 一般 ・ 一定所得以上							
家族構成	氏名	性別	年齢	続柄	氏名	性別	年齢	続柄	
主治医	主治医氏名					医療機関名			
	所在地	〒				電話番号			
申請書提出者		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)							
	フリガナ	.....				利用者との関係			
	氏名					電話番号			
住所		〒							

市町村取扱欄

確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 各種手帳(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> その他( )
----	---

様式第2号(第7条関係)

入浴についての意見書

記入日 年 月 日

氏名		男・女	生年月日	年 月 日( 歳)
住所				

1. 傷病名	
2. 入浴の可否 可 ・ 否	
3. 感染症の有無(あれば、その治療の経過、治療内容など記載してください。)	
4. 特記事項(入浴にあたり注意事項等あれば記載してください。)	
上記のとおり証明します。 年 月 日	
医療機関の名称 医療機関所在地 電話番号 診療担当科名	医師氏名(自署又は記名押印) 印

様式第3号(第7条関係)

誓 約 書

かつらぎ町長 様

年 月 日

私は、かつらぎ町訪問入浴サービス事業実施要綱に基づくサービスを受けるに際し、不測の事故について貴町に対し一切の責任を問わないことを誓約します。

なお、利用者負担等について諸規定を遵守し、万一違反したときは、サービスの中止を命じられ、又は利用を取り消されても異議を申し立てません。

(利用者)住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

保護者氏名 \_\_\_\_\_ 印

※利用者が18歳未満の場合は保護者の署名・押印が必要です。

電話番号 \_\_\_\_\_

様

和歌山県伊都郡かつらぎ町長

㊟

地域生活支援事業利用（決定）通知書

年 月 日 に申請のありました地域生活支援事業の利用について、下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

記

受給者証番号		支給決定障害者（保護者）氏名	
支給決定年月日		支給決定に係る児童氏名	
障害支援区分		障害支援区分の有効期間	
利用者負担上限月額		左の上限月額の有効期間	
食事体制提供加算対象者		左の加算対象の有効期間	

支給決定内容	サービスの種類	支援の内容及び支給量	有効期間
	特記事項		

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内にかつらぎ町長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、かつらぎ町長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、かつらぎ町を被告として（訴訟においてかつらぎ町を代表する者はかつらぎ町長となります。）、提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

問い合わせ先    かつらぎ町役場 住民福祉課 福祉係  
 住所    和歌山県伊都郡かつらぎ町大字丁ノ町2160番地  
 電話番号    0736-22-0300



様式第5号(第7条関係)

地域生活支援事業受給者証		地域生活支援事業支給決定内容		利用者負担に関する事項		
受給者証番号		障害支援区分		利用者負担割合(原則)	1割	利用者負担上限月額
支給決定者等	ふりがな	認定有効期間		円		
	氏名	年 月 日から 年 月 日まで		適用期間		
	生年月日	サービス種別		から まで		
	ふりがな	支給量等		食事提供体制加算対象者		
児童	氏名	支給決定期間		適用期間		
	生年月日	サービス種別		から まで		
	種別	支給量等		利用者負担上限額管理対象者該当の有無		
交付年月日	年 月 日		支給決定期間		利用者負担上限額管理事業所名	
支 給 市町村名 及 び 印	303412	サービス種別		特記事項欄		
	かつらぎ町	支給量等				
	和歌山県伊都郡	支給決定期間				
	かつらぎ町大字	サービス種別				
	丁ノ町2160番地	支給量等				
	住民福祉課 福祉係	支給決定期間				
0736-22-0300	サービス種別					

移動支援サービス事業者記入欄			
1	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	時間 分	
2	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	時間 分	
3	事業者及びその事業所の名称		
	サービス内容		事業者確認印
	契約支給量	月 時間 分	
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量によるサービス提供終了日	年 月 日	事業者確認印
	サービス提供終了月中の終了日までの既提供量	時間 分	

日中一時支援事業実績記入欄				
番号	事業所及びその事業所の名称	実施日	月累計	事業所確認印
1		年 月 日		
2		年 月 日		
3		年 月 日		
4		年 月 日		
5		年 月 日		
6		年 月 日		
7		年 月 日		
8		年 月 日		
9		年 月 日		
10		年 月 日		
11		年 月 日		
12		年 月 日		
13		年 月 日		
14		年 月 日		
15		年 月 日		
16		年 月 日		

事業者記入欄				
番号	事業所及びその事業所の名称	実施日	月累計	事業所確認印
1		年 月 日		
2		年 月 日		
3		年 月 日		
4		年 月 日		
5		年 月 日		
6		年 月 日		
7		年 月 日		
8		年 月 日		
9		年 月 日		
10		年 月 日		
11		年 月 日		
12		年 月 日		
13		年 月 日		
14		年 月 日		
15		年 月 日		
16		年 月 日		

番号	事業者記入欄			
1	事業者及びその事業所の名称			
	契約日		年 月 日	
	サービス内容			
	契約支給量(ノ月)			
	事業者確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日			
	サービス内容			
	当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 サービス提供終了日			
2	事業者及びその事業所の名称			
	契約日		年 月 日	
	サービス内容			
	契約支給量(ノ月)			
	事業者確認印			
	当該契約支給量によるサービス提供終了日			
	サービス内容			
	当該サービス提供終了月中の終了日までの既提供量 サービス提供終了日			
事業者確認印				

注意事項欄
<p>1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。</p> <p>2 本証記載の地域生活支援事業サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業所に提示してください。</p> <p>3 支給決定期間を超過したときは、地域生活支援事業の支給を受けられませんので、支給決定期間を超過する前に、市町村にこの証を添えて、支給の再申請をしてください。</p> <p>4 支給量の変更をする必要がある場合は、支給量の変更の申請をすることができます。</p> <p>5 この証の(一)面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出てください。</p> <p>6 支給決定期間内に、居住地を他の市町村の区域に移すと、この証は使えなくなります。居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。</p> <p>また、支給決定期間内に、他の市町村の区域に居住地を移したときは、14日以内に、この証を添えて、この証を交付した市町村(旧居住地の市町村)に届け出てください。</p>

注意事項欄
<p>7 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに届け出て、再交付を受けてください。</p> <p>また、再交付を受けた後、紛失したこの証を発見したときは、速やかに市町村に返してください。</p> <p>8 受給者の資格がなくなったときは、直ちに、この証を市町村に返してください。</p> <p>9 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰される場合があります。</p>

年 月 日

様

和歌山県伊都郡かつらぎ町長

㊟

### 却下決定通知書

年 月 日に申請のありました地域生活支援事業の利用については、下記の理由により却下することに決定したので通知します。

#### 記

##### 1 申請事項

##### 2 却下の理由

#### 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内にかつらぎ町長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、かつらぎ町長に申し立てれば、口頭により意見を述べるすることができます。
- この処分取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、かつらぎ町を被告として（訴訟においてかつらぎ町を代表する者はかつらぎ町長となります。）、提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

問い合わせ先 かつらぎ町役場 住民福祉課 福祉係  
住所 和歌山県伊都郡かつらぎ町大字丁ノ町2160番地  
電話番号 0736-22-0300

かつらぎ町長 様

次のとおり届け出ます。

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号		電話番号	
	居住地	〒		
利用者が18歳未満の場合記入	フリガナ		続柄	
	保護者氏名			
	個人番号		電話番号	
	保護者居住地	〒		

サービスの種類	<input type="checkbox"/> 移動支援事業	
	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター事業	
	<input type="checkbox"/> 日中一時支援事業	
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス事業	
変更事項	変更前	変更後
氏名等		
居住地		
その他		

届出書提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		利用者との関係	
氏名		電話番号	
住所	〒		

市町村取扱欄

確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 各種手帳(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> その他( )
----	---

様

和歌山県伊都郡かつらぎ町長

㊤

支給決定取消通知書

地域生活支援事業の利用について、下記のとおり支給決定を取り消しましたので通知します。

記

受給者証番号		支給決定障害者(保護者)氏名	
支給決定取消日		支給決定に係る児童氏名	
取消理由			

受給者証をかつらぎ町役場住民福祉課福祉係に返還してください。ただし、既に受給者証を提出されている方は、不要です。

返還先            かつらぎ町役場 住民福祉課福祉係  
 住所            和歌山県伊都郡かつらぎ町大字丁ノ町2160番地  
 電話番号        0736-22-0300  
 返還期限        年 月 日

不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内にかつらぎ町長に対し審査請求をすることができます。なお、審査請求をした場合には、かつらぎ町長に申し立てれば、口頭により意見を述べることができます。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、かつらぎ町を被告として（訴訟においてかつらぎ町を代表する者はかつらぎ町長となります。）、提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

問い合わせ先    かつらぎ町役場 住民福祉課福祉係  
 住所            和歌山県伊都郡かつらぎ町大字丁ノ町2160番地  
 電話番号        0736-22-0300

様式第9号(第12条関係)

受給者証再交付申請書

年 月 日

かつらぎ町長 様

受給者証の種類	地域生活支援事業受給者証	受給者証番号	
---------	--------------	--------	--

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	個人番号		電話番号	
	居住地	〒		
利用者が18歳未満の場合記入	フリガナ		続柄	
	保護者氏名			
	個人番号		電話番号	
	保護者居住地	〒		

申請の理由	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1 汚損      2 紛失      3 その他 具体的な状況</p> </div>
-------	---

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		利用者との関係	
氏名		電話番号	
住所	〒		

市町村取扱欄

確認	<input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 各種手帳(身体・療育・精神) <input type="checkbox"/> その他( )
----	---

様式第1号(第7条関係)

様式第2号(第7条関係)

様式第3号(第7条関係)

様式第4号(第7条関係)

様式第5号(第7条関係)

様式第6号(第7条関係)

様式第7号(第10条関係)

様式第8号(第11条関係)

様式第9号(第12条関係)