

幸手市告示第56号

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱を次のように定める。

令和2年3月31日

幸手市長 木村 純夫

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この告示は、人工呼吸器を使用する等医療的ケアを必要とする在宅の重症心身障害児等を介助する家族の精神的、身体的負担の軽減を図るため、ショートステイ促進事業及びデイサービス促進事業を実施する事業者に対し、予算の範囲内において補助金を交付することに関し、必要な事項を定めるものとする。

2 前項の補助金の交付に関しては、幸手市補助金等の交付に関する規則（昭和54年幸手町規則第8号）に定めるもののほか、この告示に定めるところによる。

(定義)

第2条 この告示において「重症心身障害児等」とは、別表第1に定める者とする。

2 この告示において「医療型短期入所」とは、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）別表介護給付費等単位数表第7の1のロ及びハの対象となる事業をいう。

3 この告示において「日中一時支援事業」とは、幸手市日中一時支援事業実施要綱（平成18年告示第113号）に規定する日中一時支援事業をいう。

(補助対象事業等)

第3条 補助対象事業、補助対象者及び補助金額は、別表第2のとおりとする。

(補助事業の実施申請等)

第4条 ショートステイ促進事業又はデイサービス促進事業を実施しようとする者は、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施申請書(様式第1号)により市長に申請するものとする。

2 市長は、前項の申請があったときは、速やかにその内容を審査し、適当と認めるときは、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施承認・不承認決定通知書(様式第2号)により申請者に対し通知するものとする。

3 前項の決定通知書により承認を受けた者(以下「補助対象事業者」という。)は、第1項の規定により申請した事項に変更が生じたとき、又は事業を中止し、若しくは廃止しようとするときは、速やかに、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業変更等届出書(様式第3号)を市長に提出しなければならない。

(交付申請等)

第5条 補助対象事業者が、補助金の交付を受けようとするときは、ショートステイ促進事業又はデイサービス促進事業を実施した日の属する月の翌月15日までに、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付申請書兼実績報告書(様式第4号)により、市長に申請するものとする。

(交付決定等)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付決定兼額の確定通知書(様式第5号)により申請者に通知するものとする。

(補助金の請求)

第7条 前条の通知を受けた補助対象事業者は、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金請求書(様式第6号)を市長に提出し、補助金の請求をするものとする。

(書類の保管)

第8条 補助金の交付を受けた者は、この補助金に係る帳簿を備え、かつ、

当該収入及び支出等についての証拠書類を整備保管しておかなければならない。

2 前項に規定する帳簿及び証拠書類は、補助事業の完了の日の属する会計年度の翌会計年度から5年間保管しなければならない。

(補助金の返還)

第9条 市長は、補助金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当すると認めるときは、交付した補助金の全部又はその一部を返還させることができる。

(1) 虚偽又は不正により補助金の交付を受けたとき。

(2) その他この告示に違反する行為があったとき。

(その他)

第10条 この告示に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和2年4月1日から施行する。

別表第1 (第2条関係)

対象とする重症心身障害児等とは知的障害及び重度の肢体不自由が重複し、かつ、次のスコア表の各項目に規定する状態が6月以上継続する者とする。

	項 目	スコア
1	レスピレーター管理(※1)	10点
2	気管内挿管、気管切開	8点
3	鼻咽頭エアウェイ	5点
4	O ₂ 吸入又はSpO ₂ 90%以下の状態が10%以上	5点
5	1回/時間以上頻回の吸引	8点
	6回/日以上頻回の吸引	3点
6	ネブライザー6回/日以上又は継続使用	3点
7	I V H	10点

8	経口摂取(全介助)(※2)	3点
	経管(経鼻・胃ろう含む。)(※2)	5点
9	腸ろう・腸管栄養(※2)	8点
	持続注入ポンプ使用(腸ろう・腸管栄養時)	3点
10	手術・服薬にても改善しない過緊張で、発汗による更衣と姿勢修正を3回/日以上	3点
11	継続する透析(腹膜灌流を含む。)	10点
12	定期導尿(3回/日以上)(※3)	5点
13	人工肛門	5点
14	体位変換6回/日以上	3点

※1 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・NIPPV・CPAPなどは、レスピレーター管理に含む。

※2 8、9は、経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれかを選択する。

※3 人口膀胱を含む。

別表第2(第3条関係)

補助対象事業	補助対象者	補助金額
事業名 ショートステイ促進事業 医療型短期入所を実施し、市内に住所を有する在宅の重症心身障害児等を受け入れる事業をいう。	埼玉県内の医療機関又は医療型障害児入所施設において医療型短期入所を実施する事業者	別表第1のスコアの合計が25点以上の者 対象者1人当たり 20,000円/日
		別表第1のスコアの合計が25点未満の者 対象者1人当たり 10,000円/日
事業名 デイサービス促進事業 日中一時支援を実施	埼玉県内において、看護師等の専門スタッフを配置する日中一時支援を実施する事業者	対象者1人当たり 20,000円/日

し、市内に住所を有する在宅の重症心身障害児等を受け入れる事業をいう。		
------------------------------------	--	--

様式第1号（第4条関係）

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業
実施申請書

年 月 日

（あて先）幸手市長

申請者 施設名
施設所在地
法人名
代表者名 印

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業（ショートステイ促進事業・デイサービス促進事業）を実施したいので、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者氏名		（年齢）	（ 歳）
住 所			
手 帳	身体障害者手帳 有（ 級） ・ 無 療育手帳 有（ ） ・ 無		
医 療 的 ケアの状況			
実 施 事 業	ショートステイ促進事業 ・ デイサービス促進事業		

様式第2号（第4条関係）

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業
実施承認・不承認決定通知書

第 号
年 月 日

様

幸手市長 印

年 月 日付けで申請のあった幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業（ショートステイ促進事業・デイサービス促進事業）の実施について、下記のとおり決定したので、通知します。

記

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者氏名		(年齢)	(歳)
住 所			
実施施設	(施設名) (所在地)		
実施事業	ショートステイ促進事業 ・ デイサービス促進事業		
実施の可否	可 ・ 否 (適当でない理由)		

様式第3号（第4条関係）

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業変更等届出書

年 月 日

（あて先）幸手市長

届出者 施設名

施設所在地

法人名

代表者名

印

年 月 日付け 第 号で幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイト
ケア事業実施の承認を受けたところですが、その後内容に変更等が生じたので、次のとおり届け出
ます。

	変更前	変更後
変更の内容		
変更・中止・廃止の理由		
備考		

様式第4号（第5条関係）

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業
補助金交付申請書兼実績報告書

年 月 日

（あて先）幸手市長

申請者 施設名
施設所在地
法人名
代表者名 印

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金の交付を受けたいので、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱第5条の規定により、下記のとおり申請します。

記

1 申請額 金 円

2 精算額内訳書 別紙のとおり

別紙

精算額内訳書（ 年度 月）

事業種別	
施設名	

区分	利用者氏名	住 所	利用期間	利用日数	算定額	備 考
1			～			
2			～			
3			～			
4			～			
5			～			
6			～			
7			～			
8			～			
9			～			
10			～			

様式第5号（第6条関係）

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業
補助金交付決定兼額の確定通知書

第 号
年 月 日

様

幸手市長 印

年 月 日付けで申請のあった幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金について、下記のとおり交付を決定し、額を確定しましたので、幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱第6条の規定により通知します。

記

- 1 交付決定額 金 円
- 2 交付方法 指定口座への振込

様式第6号（第7条関係）

幸手市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金請求書

年 月 日

（あて先）幸手市長

施設名

施設所在地

法人名

代表者名

印

金 _____ 円（ 年度 月分）

上記金額を支払われたく請求します。

振 込 先

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	口座 種 別	1 普通 2 当座
口座番号				
フリガナ				
口座名義人				