

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、豊田市補助金等交付規則(昭和45年規則第34号。以下「規則」という。)に定めるもののほか、豊田市重症心身障がい児・者等の家族の介護者負担軽減事業費補助金の交付に関し、必要な事項を定めるものとする。

(交付目的)

第2条 この補助金は、重度の知的障がい及び重度の肢体不自由が重複している障がい児及び障がい者等(以下「重症心身障がい児・者等」という。)を日常的に介護する家族の負担を軽減し、重症心身障がい児・者等とその家族の福祉の向上を図ることを目的とする。

(補助事業者)

第3条 この補助金の対象者(以下「補助事業者」という。)は、医療法(昭和23年法律第205号)第1条の5第1項に規定する医療機関又は同条第2項に規定する診療所(以下これらを「医療機関」という。)のうち、次のいずれかに該当するものとして豊田市へ登録したものとする。

(1)障がい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18年法律第123号。以下「総合支援法」という。)第36条第1項の規定により豊田市長から総合支援法第5条第8項に規定する短期入所の事業者として指定を受けた医療機関

(2)慢性的な疾患等のある重症心身障がい児・者等を、公的医療保険を適用して入院させ家族介護者の負担軽減を図る医療機関

2 前項に規定する登録に関する手続きは市長が別に定めるものとする。

3 前2項の規定にかかわらず、次の各号に掲げる項目に該当する場合は、補助事業者とすることはできない。

(1)事業者が、暴力団員又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有する者(以下「暴力団関係者」という。)であり、又はその役員に暴力団関係者がいる場合

(2)市税を滞納している場合

(補助事業者の登録等)

第4条 前条第1項の規定による登録をしようとする者は、次に掲げる事項を記載した豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業者登録届出書(様式第1号)を市長へ提出しなければならない。

(1)実施する事業の形態

(2)受入可能な利用対象者の状態(重症心身障がい児・者等又は指定難病患者)及び年齢

(3)受入困難な医療行為の内容

(4)個室利用ケースの有無(有の場合は個室料金)

(5)食事料金

(6)連続で受入可能な日数

(7)受入可能な曜日の制限の有無(有無の場合は制限する曜日)

(8)利用者の状態の急変時の対応

(9)その他の受入条件

2 市長は、前項に規定する届出書を受理したときは、豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業者登録通知書(様式第2号)を交付するものとする。

3 登録を受けた補助事業者は、登録内容に変更が生じた場合、速やかに豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業者登録変更届出書(様式第3号)を市長に提出しなければならない。

(補助対象事業)

第5条 この補助金の交付対象事業は、補助事業者が総合支援法の規定により重症心身障がい児・者等を短期入所させる事業(以下「医療型短期入所」という。)又は重症心身障がい児・者等を公的医療保険を適用し入院させるとともに家族介護者の負担を軽減する事業(以下「レスパイト事業」という。)とする。

(利用対象者)

第6条 この補助事業の利用者(以下「利用対象者」という。)は、次の各号のいずれかに該当する者であり、補助事業者が受入れ可能な状態であると認め、かつ豊田市へ登録したものとする。

- (1)総合支援法における支給決定において総合支援法に基づく指定障がい者福祉サービス等及び基準該当障がい者福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準(以下「報酬基準という。’)の第5の1の注1の(2)に規定する重症心身障がい者
- (2)報酬基準第7の1の注5に規定する重症心身障がい児
- (3)総合支援法第4条第1項に規定する特殊の疾患(難病等)に罹患した指定難病患者
- (4)その他、市長が補助対象事業の利用が必要と認めたもの

2 前項に規定する登録に関する手続きは市長が別に定めるものとする。

(利用対象者の登録等)

第7条 利用対象者は、次に掲げる事項を記載した豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業利用者登録届(様式第4号)を市長に提出しなければならない。

- (1)利用対象者及びその保護者の氏名、生年月日、住所、連絡先
- (2)利用対象者の障がい又は指定難病の状況
- (3)利用対象者が必要とする医療的ケアの内容
- (4)次の表に掲げる事項

利用者が18歳未満の場合	保護者の属する住民基本台帳での世帯全員の市町村民税所得割額
利用者が18歳以上の場合	利用者本人とその配偶者の市町村民税所得割額

所得区分の年度

毎年度4月から6月までの利用の場合は、事業実施前年度の市町村民税所得割額、7月から3月までの利用の場合は、事業実施年度の市町村民税所得割額により所得区分を判断する。

(5)その他市長が必要と認めた事項

- 2 市長は、前項の規定により登録届を受理した場合は、利用対象者に対し、豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業利用者登録者証(以下「登録者証」という。重症心身障がい児・者等は**みどり色**、難病患者は**オレンジ色**)を交付しなければならない。
- 3 第1項の規定のほか、第5条に規定する医療型短期入所を利用する場合は、総合支援法第19条の規定による豊田市の介護給付費等を支給する旨の決定を受けなければならない。
- 4 登録者証の有効期日は、市長が登録者証を交付した日から有効とし、その日から直近の6月末

日までを有効期日とする。ただし、前項に規定する決定が失効した場合については、同様に登録者証の効力についても失効するものとする。

5 利用対象者は、有効期日後もこの事業の利用を希望する場合は、あらためて第1項及び第3項に規定する手続きをしなければならない。

6 利用対象者は、次に掲げる事項に変更が生じた場合は、速やかに豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業利用者変更登録届(様式5)を市長に提出しなければならない。

(1)利用対象者及びその保護者の氏名、住所、連絡先

(2)同居世帯の状況

(補助金額の算定方法)

第8条 補助金の額は、別表第1に定める基準額に利用日数を乗じて得た額と、別表第2に定める基準額に利用日数を乗じて得た額の合計額とする。

2 住民基本台帳上の同一世帯内の利用対象者が複数で、かつ同一月に複数の利用対象者が医療型短期入所又はレスパイト事業を利用する場合は、別表第1の備考により補助額を算定する。

(補助の条件)

第9条 補助金の交付に付する条件は、次に掲げるとおりとする。

(1)提供する医療型短期入所又はレスパイト事業ごとに、氏名、入所日及び退所日、日中の外出の有無等の記録を残すこと。

(2)個室の利用について、複数の個室から選択が可能な場合は、利用中の看護及び介護のしやすさや、保護者の希望等を勘案し、適切な個室を使用するものとし、高額な個室料金が設定されている個室の利用を強要しないこと。

(利用日数等)

第10条 利用対象者が、この事業を利用できる日数は次のとおりとする。

(1)医療型短期入所による場合は、第7条第3項による決定を受けた日数のうち、当該事業用に利用できる日数の範囲内であり、1か月間で7日以内とする。ただし、利用対象者の保護者の急病等により、市長が必要と認めるときは、原則の日数を超えて、補助金交付要綱第7条第3項による決定を受けた日数のうち、他の対象者の利用に支障が出ない範囲で利用することができる。

(2)レスパイト事業による場合は、1か月間で7日以内とする。ただし、利用対象者の保護者の急病等により、市長が必要と認めるときは、原則の日数を超えて他の対象者の利用に支障が出ない範囲で利用することができる。

(利用可能な利用医療機関数)

第11条 利用対象者が、同一月に利用できるこの事業の実施医療機関は、原則1か所とする。ただし、利用対象者の保護者の急病等により、市長が必要と認めるときは、複数の医療機関を利用することができる。

(交付申請及び実績報告)

第12条 補助金の交付を受けようとする者は、医療型短期入所又はレスパイト事業を実施した年度の3月31日までに、補助金交付申請書兼実績報告書(様式第6号)及び団体調書(様式第7号)を市長に提出しなければならない。

2 前項の規定によらず、月ごとに補助金の交付を受けようとする者は、医療型短期入所又はレスパイト事業の利用のあった月の末日から起算して1月を経過した日又は3月31日のいずれか早い

日までに、補助金交付申請書兼実績報告書及び団体調書を市長に提出することができる。

(交付決定)

第13条 市長は、前条の規定により補助金の交付申請があったときは、その内容を審査し、補助金の交付を適当と認めるときは、予算の範囲内において補助金の交付を決定し、豊田市補助金交付決定通知書(様式第8号)により、補助事業者に通知しなければならない。

(補助金の交付)

第14条 前条の規定により補助金の交付決定を受けた補助事業者は、速やかに請求書を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の請求書を受理したときは、補助金を交付するものとする。

(交付決定の取消し及び補助金の返還)

第15条 市長は、補助事業者が不正の手段により補助金の交付決定を受けた場合は、交付決定の全部若しくは一部を取り消し、又は既に交付した補助金の全部若しくは一部の返還させなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

(要綱の失効)

2 この要綱は、令和6年3月31日限り、その効力を失う。ただし、同日以前にこの要綱の規定に基づき、交付申請がなされた補助金に関しては、同日後も、なお効力を有する。

別表第1(第8条関係)

補助種別	補助事業実施形態	利用対象者区分	所得区分	基準額
個室利用料金補助	医療型短期入所、レスパイト事業	18歳未満の重症心身障がい児等	【標準1】 保護者の属する住民基本台帳での世帯全員の市町村民税所得割額の合計が28万円未満	補助事業者が定める1日当たりの個室料金 (上限10,000円)
			【高額1】 保護者の属する住民基本台帳での世帯全員の市町村民税所得割額の合計が28万円以上	補助事業者が定める1日当たりの個室料金に10分の5を乗じた額 ※円未満切捨て (上限5,000円)
		18歳以上の重症心身障がい者等	【標準2】 利用対象者とその配偶者の市町村民税所得割額の合計が16万円未満	補助事業者が定める1日当たりの個室料金 (上限10,000円)
			【高額2】 利用対象者とその配偶者の市町村民税所得割額の合計が16万円以上	補助事業者が定める1日当たりの個室料金に10分の5を乗じた額 ※円未満切捨て (上限5,000円)

所得区分の年度

毎年度4月から6月までの利用の場合は、事業実施前年度の市町村民税所得割額、7月から3月までの利用の場合は、事業実施年度の市町村民税所得割額により所得区分を判断する。

備考

住民基本台帳上の同一世帯内に利用対象者が複数いて、かつ同一月に複数の利用対象者が医療型短期入所又はレスパイト事業を利用する場合における2人目以降については、所得区分欄の標準1又は標準2に応じた基準額により算定するものとする。

別表第2(第8条関係)

補助種別	補助事業実施形態	基準額
短期入所実施支援補助	医療型短期入所	看護師配置7:1以上の場合1日あたり30,000円 看護師配置上記以外の場合1日あたり10,000円

様式第1号(第4条関係)

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業者登録届出書

年 月 日

豊田市長 様

住所
名称
代表者

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金交付要綱第3条に規定する登録のため、下記のとおり届出ます。

記

事業所名	
実施する事業の形態	<input type="checkbox"/> 医療型短期入所(重症心身障がい児・者等) <input type="checkbox"/> 医療型短期入所(指定難病患者) <input type="checkbox"/> レスパイト事業(重症心身障がい児・者等) <input type="checkbox"/> レスパイト事業(指定難病患者)
受入困難な医療行為の内容	
受入困難な利用者の状態	
受入可能な利用者の年齢	
個室利用ケースの有無	
食事料金	
連続で受入可能な日数	
受入可能な曜日の制限の有無	
利用者の状態の急変時の対応	
その他受入条件	

様

豊田市長

印

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業者登録通知書

年 月 日付けで届出のありました豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業者登録届出書を受理し、豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業者として登録しました。

記

事業所名	
受理日	
補助事業者登録日	

様式第3号(第4条関係)

豊田市重症心身障がい児・者等の家族の介護負担軽減事業者登録変更届出書

年 月 日

豊田市長 様

届出者 住所
名称
代表者

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業者の登録事項に変更が生じたため、下記のとおり届出ます。

記

変更が生じた項目に○を付けて、変更後の登録情報を記入してください。

項目	変更後の登録情報
事業所名	
実施する事業の形態	<input type="checkbox"/> 医療型短期入所(重症心身障がい児・者等) <input type="checkbox"/> 医療型短期入所(指定難病患者) <input type="checkbox"/> レスパイト事業(重症心身障がい児・者等) <input type="checkbox"/> レスパイト事業(指定難病患者)
受入困難な医療行為の内容	
受入困難な利用者の状態	
受入可能な利用者の年齢	
個室利用ケースの有無	
食事料金	
連続で受入可能な日数	
受入可能な曜日の制限の有無	
利用者の状態の急変時の対応	
その他受入条件	
変更発生日	年 月 日

様式第4号(第7条関係)

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業利用者登録届

年 月 日

豊田市長 様

届出者(利用対象者)
氏名

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金交付要綱第6条に規定する利用者として登録したいため、下記のとおり届出ます。なお、審査に必要な場合は、市民税等に係る公簿の閲覧(世帯員分を含む。)及び関係機関に照会をすることに同意します。

記

利用対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所		連絡先		
保護者 <small>※利用対象者が18歳未満の場合記入</small>	氏名		生年月日		
	住所		連絡先		
利用対象者の障がいの状況		重症心身障がいがあり、常に寝たきりの状態、又は座位保持困難			
		重度の肢体不自由があり、日常的に医療的ケアを必要とし、常に寝たきりの状態、又は座位保持困難			
		指定難病であり、日常的に医療的ケアを必要とし、座位保持困難			
利用対象者が必要とする医療的ケアの内容					
同居世帯の状況 <small>※利用対象者が18歳未満の場合、同一世帯に属する者全員を記入</small>	氏名	生年月日	続柄	市町村民税所得割額	
		年 月 日		円	
		年 月 日		円	
	<small>※利用対象者が18歳以上の場合、利用対象者とその配偶者を記入</small>		年 月 日		円
			年 月 日		円
			年 月 日		円

この届出をされる方は、上記の世帯員分の当該年1月1日時点で住民票のあった市町村が発行する所得課税証明書が必要です(豊田市に住民票のあった者を除く)。

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業利用者変更登録届

年 月 日

豊田市長 様

届出者(利用対象者)

氏名

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金交付要綱第7条第6項の規定により、下記のとおり届出ます。

記

変更事項 (該当にする項目に ○を付ける)		利用対象者・保護者の氏名			
		利用対象者・保護者の住所、連絡先			
		同居世帯の状況			
【変更後】 利用 対象者	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所		連絡先		
【変更後】 保護者 <small>※利用対象者 が18歳未満</small>	氏名		生年月日		
	住所		連絡先		
【変更後】 同居世帯の状況 <small>※利用対象者が 18歳未満の場合、 同一世帯に属する 者全員を記入</small> <small>※利用対象者が 18歳以上の場合、 利用対象者とその 配偶者を記入</small>	氏名		生年月日	続柄	市町村民税 所得割額
			年 月 日		円
			年 月 日		円
			年 月 日		円
			年 月 日		円

この届出をされる方は、上記の世帯員分の当該年1月1日時点で住民票のあった市町村が発行する所得課税証明書が必要です(豊田市に住民票のあった者を除く)。

年 月 日

豊田市長 様

申請者 住所
名称
代表者

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金
交付申請書兼実績報告書

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金交付要綱第8条の規定により下記のとおり申請します。

記

- 1 補助金交付申請額 金 円
- 2 補助事業の目的 重症心身障がい児・者等を日常的に介護する家族の負担を軽減し、障がい児・者等とその家族の福祉の向上を図る
- 3 補助金の対象事業 医療型短期入所又はレスパイト事業
- 4 補助金実績調書 別紙1-1、1-2、1-3のとおり
- 5 添付書類 ※同一年度における2回目以降の申請時において、変更がない場合は省略可
 - (1) 団体調書(様式第7号)
 - (2) 個室利用料金の分かる書類の写し
 - (3) 看護師配置体制の確認できる書類(医療型短期入所のみ必要)
 - (4) その他市長が必要と認める書類

補助金実績調書(個室利用料金補助)

事業所名称		
補助事業実施形態 (該当する方に○)	医療型短期入所	
	レスパイト事業	

<個室利用料金補助>

別表1の所得区分【標準1】【標準2】に該当する場合

①個室利用料金							円
②利用延べ日数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
補助額 (=①×②の合計)							円

※個室利用料金のわかる書類を添付すること。

※申請する月の利用分のみ記入すること。

別表1の所得区分【高額1】【高額2】に該当する場合

①個室利用料金							円
②利用延べ日数	4月	5月	6月	7月	8月	9月	
	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
補助額 (=①×②の合計×1/2) ※円未満切捨て							円

※個室利用料金のわかる書類を添付

※申請する月の利用分のみ記入すること。

異なる料金の個室を使用した場合は、個室利用料金ごとに調書を作成すること。

補助金実績調書(短期入所利用実施支援補助)

事業所名称		
看護体制 (該当する方に○)	看護師配置7:1以上の配置	
	上記以外	

<看護師配置7:1以上の配置の場合>

①基準額	30,000円					
②利用延べ日数	4月	5月	6月	7月	8月	9月
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
補助額 (=①×②の合計)	円					

※申請する月の利用分のみ記入すること。

<上記以外の配置の場合>

①基準額	10,000円					
②利用延べ日数	4月	5月	6月	7月	8月	9月
	10月	11月	12月	1月	2月	3月
補助額 (=①×②の合計)	円					

※申請する月の利用分のみ記入すること。

補助金実績調書(月分利用記録簿)

利用者氏名	対象者		実施形態		利用実績				個室を利用した場合の部屋番号等	個室利用した場合の個室料金
	重症心身障がい児・者等	難病患者	医療型短期入所	レスパイト事業	入所日	退所日	利用日数	外出した日数		
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
					日	日	日間	日		円
合計							日間			

※利用のあった月ごとに作成すること

※上記内容を確認できる、別の様式の使用やレセプト、看護記録の写しの添付による代用も可

団体調書

団体名(法人名) _____

団体(法人)の目的 定款、規約の「目的」欄のとおり _____

※ 定款、規約の「目的」欄の写しを添付すること。

団体(法人)の役員は、下記のとおりです。 (申請日現在)

役職名	ふりがな 氏名	住所	生年月日	性別

注意事項 役員は、団体の種別に応じ、次に掲げるとおりです。

社会福祉法人及び特定非営利活動法人…理事及び監事

会社…取締役、会計参与及び監査役

法人格を持たない団体…団体の主要な構成員(代表、副代表、会計など)

様

豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金交付決定通知書

年 月 日付けで交付申請のあった豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金については、豊田市重症心身障がい児・者等の家族介護者負担軽減事業費補助金交付要綱第13条の規定により、下記のとおり交付することに決定します。

年 月 日

豊田市長

印

記

- 1 補助金の額 金 円
(事業所名)
- 2 補助金の対象事業 医療型短期入所又はレスパイト事業
- 3 補助金交付の条件は、次に掲げるとおりとする。
 - (1)提供する医療型短期入所又はレスパイト事業ごとに、氏名、受入開始日及び対処日、日中の外出の有無等の記録を残すこと。
 - (2)個室の利用について、複数の個室から選択が可能な場合は、利用中の看護及び介護のしやすさや、保護者の希望等を勘案し、適切な個室を使用するものとし、高額な個室料金が設定されている個室の利用を強要しないこと。