

8 日中一時支援事業実施要領

(目的)

第1条 日中一時支援事業（以下「事業」という。）は、障害者または障害児（以下「障害者等」という。）を一時的に預かることにより、障害者等に日中活動の場を提供し、見守りおよび社会に適応するための日常的な訓練等を行うとともに、障害者等の家族の就労支援および障害者等を日常的に介護している家族の一時的な休息を得ることにより、障害者等の福祉の推進を図ることを目的とする。

(実施の委託)

第2条 市長は、事業の実施を、次の各号に掲げる者に委託することができる。

- (1) 法第29条第1項に規定する指定障害福祉サービス事業者
- (2) 別紙「事業の実施を委託できる者が満たすべき基準について」に掲げる基準（別紙第3条第2項に規定する基準を除く。）を満たし、市長が必要と認める者

2 第4条第2項に規定する医療的ケアの実施は、前項の規定により事業の実施の委託を受けた者で別紙「事業の実施を委託できる者が満たすべき基準について」第3条第2項に規定するもの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（以下「対象者」という。）は、市内に居住地を有する、次の各号に掲げる者をいう。ただし、第1号および第3号については、介護保険の被保険者で介護保険サービスを利用できるものは除くものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第4条に規定する身体障害者
- (2) 知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）にいう知的障害者のうち18歳以上である者
- (3) 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5条に規定する精神障害者のうち18歳以上である者（前号に該当

する者を除く。)

- (4) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第4条第2項に規定する障害児のうち、身体障害児，知的障害児，精神障害児
(利用の申請等)

第4条 事業を利用しようとする対象者（以下「申請者」という。）は，別記第1号様式の申請書により市長に申請しなければならない。

2 前項の場合において，事業の利用に係る者（18歳未満の者に限る。）が次の各号に掲げる医療的ケアを受ける必要があるときは，申請者は，別記第2号様式の指示書を市長に提出しなければならない。

- (1) 吸引（口腔内，鼻腔内，気管カニューレ内）
- (2) レスピレーター（人工呼吸器）の管理
- (3) O_2 吸入および SpO_2 （経皮的動脈血酸素飽和度）の管理
- (4) 経管栄養（経鼻，胃ろう）
- (5) 導尿

3 市長は，前項の申請があったときは，申請者およびその者の属する世帯の状況その他必要な事項について調査し，利用の可否およびサービスの程度および内容について決定し，利用を認める決定をしたときは別記第3号様式の通知書により，利用を認めない決定をしたときは別記第4号様式の通知書により，当該申請者に通知するものとする。

(変更の申請等)

第5条 事業を利用することを認められた者（以下「利用者」という。）は，サービスの内容等を変更しようとするときは，別記第5号様式の申請書により市長に申請しなければならない。

2 市長は，前項の申請があったときは，変更の可否を決定し，別記第6号様式の通知書により，当該申請者に通知するものとする。

(変更等の届出)

第6条 利用者は，次に掲げる事項に該当する場合は，別記第7号様式の届出書により届け出をしなければならない。

- (1) 利用者の氏名および居住地等に変更があった場合
- (2) 死亡，転出等により利用の廃止をする場合

(利用の取消し)

第7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4条第3項の規定による利用決定を取消することができる。

- (1) 事業の対象者でなくなった場合
- (2) 不正または虚偽の申請により利用決定を受けた場合
- (3) その他市長が利用を不相当と認めた場合

(利用の方法)

第8条 利用者が事業を利用しようとするときは、第2条の規定により事業の実施の委託を受けた者（以下「事業者」という。）に依頼するものとする。

2 利用者は、定められた利用決定量の範囲内で事業を利用できるものとする。ただし、この場合において事業を利用した量は、事業を利用した時間（以下「所要時間」という。）に応じて1日に次の割合を乗じた日数で算定するものとする。

ア 所要時間4時間未満の場合は、100分の25

イ 所要時間4時間以上8時間未満の場合は、100分の50

ウ 所要時間8時間以上の場合は、100分の75

(実費負担等)

第9条 利用者は、サービスの提供に要する費用のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、利用者が負担することが相当と認められるものの費用の額を事業者に支払うものとする。

(委託料)

第10条 第2条の規定により事業の実施を委託する場合、市長は、事業を実施した事業者に、委託料として別表に掲げる金額から函館市障害者地域生活支援事業実施要綱第4条第1項第3号に規定する額を差し引いた額を支払うものとする。ただし、委託に係る単価に10円未満の端数がある場合は、その端数を切り捨てて算定するものとする。

(報告)

第11条 事業者は、事業の実施状況等を市長に報告するものとする。

(補則)

第12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23年8月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年1月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。
- 2 この要領の施行の際現に改正前の別記第1号様式、別記第2号様式、別記第5号様式および別記第7号様式の規定に基づき提出されている申請書等は、改正後の別記第1号様式、別記第2号様式、別記第5号様式および別記第7号様式の規定に基づき提出された申請書等とみなす。

別表（第 10 条関係） 委託単価

利用者	利用者の 障害程度	サービス提供時間	金 額
障害者	区分 1	4 時間未満	1, 2 6 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	2, 5 1 0 円
		8 時間以上	3, 7 6 0 円
	区分 2	4 時間未満	1, 2 6 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	2, 5 1 0 円
		8 時間以上	3, 7 6 0 円
	区分 3	4 時間未満	1, 4 4 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	2, 8 7 0 円
		8 時間以上	4, 3 1 0 円
	区分 4	4 時間未満	1, 6 0 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	3, 1 9 0 円
		8 時間以上	4, 7 9 0 円
	区分 5	4 時間未満	1, 9 4 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	3, 8 8 0 円
		8 時間以上	5, 8 0 0 円
	区分 6	4 時間未満	2, 2 9 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	4, 5 5 0 円
		8 時間以上	6, 8 4 0 円
障害児	区分 1	4 時間未満	1, 2 6 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	2, 5 1 0 円
		8 時間以上	3, 7 6 0 円
	区分 2	4 時間未満	1, 5 2 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	3, 0 4 0 円
		8 時間以上	4, 5 5 0 円
	区分 3	4 時間未満	1, 9 4 0 円
		4 時間以上 8 時間未満	3, 8 8 0 円
		8 時間以上	5, 8 0 0 円

別記第1号様式（第4条関係）

函館市障害者地域生活支援事業
（日中一時支援・移動支援・訪問入浴・障害者デイサービス）利用申請書

年 月 日

函館市長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名	個人番号		生年月日	年 月 日	
	居住地	(電話 局 番)				
(児童)	フリガナ 氏名	個人番号		続柄	生年月日	年 月 日
	身体障害者 手帳番号	療育手帳番号	精神保健福祉 手帳番号			

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
--------	--

代理人 または 代行人	フリガナ 氏名	個人番号	申請者との関係	
	居住地	(電話 局 番)		

申請する サービス	種類	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 障害者デイサービス
	内容	

地域生活支援事業の利用申請に係る調査についての同意	
この申請に係る給付等の決定に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の世帯に属する者の収入および課税の状況について調査することに同意します。	
申請者または代理人の署名 _____	

添付書類

- ※前年の世帯の収入および課税状況が証明できる書類の写し（1月1日～6月30日までの期間に申請された方につきましては前々年）を求める場合があります。【転入者など】
- ※医師の診断書（訪問入浴・障害者デイサービス（入浴にかかわるもの）の利用を申請する場合のみ。様式は別に定める。）
- ※ただし、申請者が障害福祉サービス等を現に受給している、または受給の申請を行っている場合、申請者氏名および申請するサービスの種類・内容に係る部分を除く記載ならびに添付書類の提出については、これを省略することができます。

函館市障害者地域生活支援事業

（日中一時支援・移動支援・訪問入浴・障害者デイサービス）利用決定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった地域生活支援事業（日中一時支援・移動支援・訪問入浴・障害者デイサービス）の利用については、次のとおり決定したことを通知します。

利 用 者 番 号									
利用決定障害者等の氏名									
利用決定に係る児童の氏名									
利用決定の有効期間		年 月 日から				年 月 日まで			
障害程度または障害の種類									
利 用 決 定 の 内 容	サ ー ビ ス の 種 類	決定日（時間）数等					利用者負担額		
特 記 事 項									

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分があったことを知っ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、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第4号様式（第4条関係）

函館市障害者地域生活支援事業
（日中一時支援・移動支援・訪問入浴・障害者デイサービス）利用決定却下通知書

年 月 日

様

函館市長

印

年 月 日付けで申請のあった地域生活支援事業（日中一時支援・移動支援・訪問入浴・障害者デイサービス）の利用については、次の理由により決定しないこととしたので通知します。

理由

この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると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。）。ただし、処分があったことを知っ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、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第5号様式（第5条関係）

函館市障害者地域生活支援事業
 （日中一時支援・移動支援・訪問入浴・障害者デイサービス）利用決定内容変更申請書

年 月 日

函館市長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名	個人番号	生年月日	年 月 日
	居住地	(電話 局 番)		
(児童)	フリガナ 氏名	個人番号	続柄	生年月日
				年 月 日
身体障害者 手帳番号		療育手帳番号		精神保健福祉 手帳番号

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
--------	--

代理人 または 代行人	フリガナ 氏名	個人番号	申請者との関係	
	居住地	(電話 局 番)		

利用中の サービス	種 類	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 障害者デイサービス
	内 容	
追 加・ 変更する サービス	種 類	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 障害者デイサービス
	変更内 容・理 由等	

<p>地域生活支援事業の利用申請に係る調査についての同意</p> <p>この申請に係る給付等の決定に必要な場合は、函館市が、私および私と同一の世帯に属する者の収入および課税の状況について調査することに同意します。</p> <p>申請者または代理人の署名 _____</p>
--

添付書類

※前年の世帯の収入および課税状況が証明できる書類の写し（1月1日～6月30日までの期間に申請された方につきましては前々年）を求める場合があります。【転入者など】

※医師の診断書（訪問入浴・障害者デイサービス（入浴にかかわるもの）の利用を申請する場合のみ。様式は別に定める。）

函館市障害者地域生活支援事業

（日中一時支援・移動支援・訪問入浴・障害者デイサービス）利用決定変更決定（却下）通知書

年 月 日

様

函館市長 印

年 月 日付けで申請のあった利用決定の変更については，次のとおり変更する（次の理由により変更しない）ことと決定したので通知します。

1 変更

利 用 者 番 号		
利用決定障害者等の氏名		
利用決定に係る児童の氏名		
変更後の利用決定の内容	変 更 事 項	変 更 内 容
	サービスの種類，内容 および決定日（時間）数	
	障 害 程 度 また 障 害 の 種	

2 却下

理由

この処分について不服があるときは，この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に函館市長に対して審査請求をすることができます。

また，この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に，函館市を被告として（市長が被告の代表者となります。），処分の取消しの訴えを提起することができます（処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても，処分の日から1年を経過すると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。）。ただし，処分があったことを知っ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，処分の取消しの訴えは，その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

別記第7号様式（第6条関係）

函館市障害者地域生活支援事業
 （日中一時支援・移動支援・障害者デイサービス）利用変更（廃止）届出書

年 月 日

函館市長 様

次のとおり申請します。

申請者	フリガナ 氏名	個人番号		生年月日	年 月 日	
	居住地	(電話 局 番)				
(児童)	フリガナ 氏名	個人番号		続柄	生年月日	年 月 日
	身体障害者 手帳番号	療育手帳番号	精神保健福祉 手帳番号			

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行人
--------	--

代理人 または 代行人	フリガナ 氏名	個人番号	申請者との関係	
	居住地	(電話 局 番)		

利用中の サービス	種 類	<input type="checkbox"/> 日中一時支援 <input type="checkbox"/> 移動支援 <input type="checkbox"/> 障害者デイサービス		
	内 容			
変更の 内容	変 更 事 項	変 更 前	変 更 後	
	氏 名		年 月 日変更	
	居住地および 連 絡 先	電 話 局 番	電 話 局 番 年 月 日変更	
利用の廃止の理由				