

令和5年3月31日
福祉部長決定

加古川市重度障害者等就労支援特別事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、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（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。）第77条の規定に基づき、重度障がい者等の通勤や職場等における支援を行うことにより就労機会の拡大を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、加古川市とする。

(定義)

第3条 この要綱において使用する次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 重度訪問介護等

障害者総合支援法第5条第3項に規定する重度訪問介護、同条第4項に規定する同行援護、同条第5項に規定する行動援護

(2) 指定重度訪問介護等事業者

前号に規定する重度訪問介護等の事業を行う指定障害福祉サービスを行う事業者

(3) 重度障がい者等

重度訪問介護等の支給決定を受けている者

(4) 支援計画書

重度障害者等の通勤や職場等における支援にあたって、支援対象範囲を明確にし、必要な支援を取りまとめたもの

(5) 自営業者等

個人事業の開業届出を行っている者又は法人の代表者等

(対象者)

第4条 この事業の対象者は、次の各号に掲げるいずれにも該当する者とする。

(1) 加古川市内在住の重度障がい者等

(2) 民間企業（障害者の雇用の促進等に関する法律（昭和35年法律第123号。以下「障害者雇用促進法」という。）第49条第1項にある助成金の対象となる事業主をいう。以下同じ。）に雇用されている、又は自営業を営んでおり、就労の継続及び所得の向上が見込まれるために本事業の必要性が認められること。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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の10第1号に規定する就労継続支援A型事業所、国家公務員、地方公務員、国会議員、地方議会議員等の公務部門で雇用等される者その他これに準ずる者は除く。

(3) 次に掲げる区分に応じ、それぞれに定める要件

ア 民間企業に雇用される者 1週間の所定労働時間が10時間以上であること。ただし、1週間の所定労働時間が10時間未満であっても、当該年度末までに当該企業が10時間以上に引き上げることを目指すことが関係者による支援計画書において確認できる場合を含む。

イ 自営業者等 自営等に従事する時間が1週間のうち10時間以上を基本とする。

(支援範囲)

第5条 この事業の対象となる支援の範囲は、通勤支援及び職場等における支援(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。以下「報酬告示」という。)において「通勤、営業活動等の経済活動にかかる外出」として支給対象外となる部分をいう。)とする。ただし、民間企業に雇用されている対象者は、障害者雇用促進法第49条第1項第4号又は第5号に規定する助成金を活用しても当該対象者の雇用継続に支障が残るものとして当該対象者が勤務する民間企業及び関係者による支援計画書において認められた部分(時間)とする。

(対象となる支援内容)

第6条 この事業の対象となる支援内容は、就労している時間に、指定重度訪問介護等事業者から提供された重度訪問介護等に相当する支援で、次の各号のとおりとする。

- (1) 排泄、食事、通勤・外出及び代筆・代読等のコミュニケーション等の支援
- (2) 前号に規定するもののほか、障害者雇用促進法第49条第1項第4号又は第5号に規定する助成金の支給対象外となる喀痰吸引、姿勢の調整、安全確保のための見守り等の支援

(支給量)

第7条 前条に規定する支援に係る支給量は、別表1の範囲内で市長が決定する。ただし、市長が特に必要と認める場合はこれを超えることができる。

(申請)

第8条 第6条に規定する支援を受けようとする者(これから自営業を始めようとする者及び雇用されることが内定している者を含む。)は、加古川市重度障害者等就労支援特別事業支給申請書(第1号様式)に次の各号に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。

- (1) 重度訪問介護等の支給決定を受けていることを示す受給者証(障害者総合支援法第22条第8項に規定する受給者証をいう。)の写し
- (2) 支援計画書(第2号様式)
- (3) 雇用されていることを証する書類の写し(被雇用者に限る。)
- (4) 自営業者等であることを証する書類の写し(自営業者等に限る。)

(支給決定)

第9条 市長は、前条に規定する申請があったときは、その内容を審査し、支給の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の決定をしたときは、申請をした者に対し、当該決定の内容を加古川市重度障害者等就労支援特別事業支給決定等通知書（第3号様式）により通知する。

3 支給決定の有効期間は、支給を決定した日から起算して、初めに到来する3月31日までとする。

4 支給決定する際の利用者負担上限月額、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施行令（平成18年政令第10号）第17条に規定する額を準用する。

5 市長は、次に掲げる事由に該当するときは、不支給を決定する。

(1) 第4条に規定する対象者に該当しないとき。

(2) 希望する支援が第6条に規定する支援内容に該当しないとき。

(3) その他本要綱の趣旨又は規定に沿わないとき。

(変更申請)

第10条 前条第1項に規定する支給決定を受けた者は、第4条に規定する要件又は第8条に規定する申請における内容に変更が生じたときは、加古川市重度障害者等就労支援特別事業変更申請書（第4号様式）を速やかに、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項に規定する申請があったときは、その内容を審査し、前条第1項により決定した内容に変更がある場合は、当該変更の内容を加古川市重度障害者等就労支援特別事業支給変更決定通知書（第5号様式）により通知する。

(辞退の届出)

第11条 支給決定を受けた者は、退職、雇用契約の変更その他の事情により、第4条に規定する要件を満たさないこととなったときは、加古川市重度障害者等就労支援特別事業辞退届出書（第6号様式）を速やかに、市長に提出しなければならない。

(支給決定の取消し等)

第12条 市長は、支給決定を受けた者が次に掲げる事由に該当するときは、支給決定の全部又は一部を取り消すことができる。

(1) 第4条に規定する対象者に該当しなくなったとき。

(2) 不正その他偽りの申請により支給決定を受けたとき。

(3) 死亡したとき。

(4) その他本要綱の趣旨又は規定に沿わないとき。

2 市長は、前項に規定する取消しを行ったときは、加古川市重度障害者等就労支援特別事業支給決定等通知書（第3号様式）により支給決定者に通知するものとする。

3 市長は、第1項の規定により支給の決定を取り消した場合において、当該取消しに係る部分に関し既に就労支援特別事業に係る費用が支払われているときは、指定重度訪問介護等事業者に対し、期限を定めて、その全部又は一部の返還を命じるものとする。

(就労支援給付費)

- 第13条 市長は、指定重度訪問介護等事業者が利用契約を締結した支給決定を受けた者に対し、当該サービスを提供したときは、支給決定を受けた者が当該指定重度訪問介護等事業者を支払うべき当該事業に要した費用について就労支援給付費として当該支給決定を受けた者に代わり指定重度訪問介護等事業者を支払うことができる。
- 2 前項の規定による支払があったときは、支給決定を受けた者に対し就労支援給付費の支給があったものとみなす。
- 3 就労支援給付費は、第7条に規定する支給量の範囲で、第6条に規定する支援を提供した時間につき、別表2に定める単位により算定する単位数に、同表に定める単価を乗じて得た額（その額に1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てる。）から、次条に定める利用者負担額を除く額とする。
- 4 指定重度訪問介護等事業者は、加古川市重度障害者等就労支援特別事業請求書（第7号様式）に、加古川市重度障害者等就労支援特別事業明細書（第8号様式）、加古川市重度障害者等就労支援特別事業サービス提供実績記録票（第9号様式）の写しを添え、支援を提供した月の翌月10日までに、市長に提出することにより、就労支援給付費を請求できる。また、上限額管理を行う指定重度訪問介護等事業者は、加古川市重度障害等就労支援特別事業利用者負担上限額管理結果票（第10号様式）の提出も行うこと。
- 5 市長は、前項に規定する請求をした指定重度訪問介護等事業者に対し、審査に応じ、当該支給決定を受けている者に代わり、請求月の翌月末までに就労支援給付費を支払うことができる。
- 6 前項に規定する支払があったときは、支給決定を受けている者に対し、支援の提供があったものとみなす。

(利用者負担額)

- 第14条 利用者負担額は、前条第1項に規定する就労支援給付費については、当該費用の一割とし、同一の月の利用者負担額が、重度訪問介護等の支給決定時において認定されている負担上限月額を超えるとときは、当該月における利用者負担額は、当該利用者負担上限月額とする。
- 2 前項に規定する利用者負担額は、重度訪問介護等を含む他の事業の利用者負担額との間で上限額管理をしないものとする。
- 3 第1項に規定する利用者負担額は、指定重度訪問介護等事業者が支給決定を受けている者から受領するものとする。

(秘密の保持)

- 第15条 本事業の関係者は、正当な理由がなく、その業務上知り得た秘密を他に漏らしてはならない。

(調査等)

第16条 市長は、適正を期するため必要があるときは、支給決定者又は指定重度訪問介護等事業者に対して報告をさせ、又は職員に關係書類その他の物件を調査させることができる。

(不正利得の徴収)

第17条 市長は、障害者総合支援法第8条第1項の規定に準じ、偽りその他不正の手段により就労支援給付費の支給を受けた者がいるときは、その者から、その就労支援給付費の額に相当する金額の全部又は一部を徴収することができる。

2 市長は、障害者総合支援法第8条第2項の規定に準じ、指定重度訪問介護事業者等が、偽りその他不正の行為により就労支援給付費の支給を受けたときは、当該事業者に対し、その支払った額につき返還させることができる。

(書類の整備等)

第18条 支給決定を受けた者は、当該支給決定に係る就労の状況を明らかにした書類等を作成し、かつ、支給決定を受けた日の属する年度の翌年度から5年間保管しておかなければならない。

(その他)

第19条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

別表1（第7条関係）

当該重度障がい者等が支給決定を受けている障害福祉サービス	一月あたりの支給量
重度訪問介護	140時間
同行援護	95時間
行動援護	95時間

別表2（第13条関係）

単位数	重度訪問介護	報酬告示別表第2に規定する単位 ただし、報酬告示別表第2の1についてはイに規定する単位
	同行援護	報酬告示別表第3に規定する単位
	行動援護	報酬告示別表第4に規定する単位
単価	厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）に規定する一単位の単価	

年 月 日

加古川市重度障害者等就労支援特別事業
支給申請書

(宛先) 加古川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
Eメール

下記のとおり加古川市重度障害者等就労支援特別事業の給付を申請します。

記

利用者の状況	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	生年月日	年 月 日
	受給者証番号			
	受給中の障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護	支援を受ける(予定) 事業者の名称	※事業者との契約書(写)を添付すること
	雇用形態	<input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業等	就労場所	<input type="checkbox"/> 雇用先 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> その他()
	企業名(就労先)		労働条件	週 時間
希望支給量	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 同行援護	時間/月		
	<input type="checkbox"/> 行動援護	時間/月		

(第1号様式) 裏面

同意書

私は、この申請に係る事務を行うため、所得額確認のため、私の個人情報（住民基本台帳情報、税情報等）を利用することに同意します。また、障害支援区分認定に係る認定調査・概況調査の内容、市町村審査会における審査判定結果・意見及び医師意見書等について、加古川市が調査することに同意します。

（被雇用者のみ）

- この申請に関して必要があるときは、加古川市が事業主に対し申請者の就業状況等を確認することに同意します。

申請者氏名 _____

【添付書類】

- 重度訪問介護、同行援護又は行動援護の支給決定を受けていることを示す受給者証の写し
- 支援計画書（第2号様式）
- （被雇用者のみ）雇用されていることを証する書類の写し
- （自営業者等のみ）自営業者等であることを証する書類の写し

(第2号様式)

支 援 計 画 書

利用する助成金等(該当する助成金等の□にレ点を入れます。)

- 重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金 加古川市重度障害者等就労支援特別事業
 重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金

(1) 支援を利用する対象者

フリガナ	住所		
氏名	〒 -		
就業形態	民間企業等で雇用・自営業等に従事(どちらかに○)	就業開始(予定)年月日	年 月 日
主たる障害の種類	身体・知的・精神(級)	障害状況	
障害福祉サービス	重度訪問介護 / 同行援護 / 行動援護	支給決定市町村	
サービス提供事業所		特定相談支援事業所	
支援が必要な介助等			

(2) 職場環境等

フリガナ	フリガナ		
事業所名	所在地		
所定労働日	月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 / 日 / 不定期(週日勤務)	所定労働時間	
勤務場所	自宅内 / 会社内 / 自宅と会社両方 / その他()	休憩時間	
業務内容	パソコン等を使ったデスクワーク / 軽作業等の労務 / その他		
業務内容詳細			
必要な機器等			
通勤の有無	有・無(毎日・週回・月回)	経路	
勤務時間中の移動	職場内の移動 有・無 職場外の移動 有・無	所要時間(片道)	分
執務環境(会社内)	車いすトイレ 有 / 無 ・ 手すり 有 / 無 ・ エレベーター 有 / 無 ・ 入口から執務スペースまでの段差 有 / 無		
執務環境(自宅・その他)	休憩スペース 有 / 無 ・ 移動範囲内の障害物 有 / 無 ・ 視覚障害者用誘導用ブロック 有 / 無 ・ 支援者等の部外者の執務同席 可 / 不可		
コミュニケーションの手段	直接口頭 / 電話 / メール / 手話 / 筆談 / 点字資料 / 音声ソフト活用 / TV電話 / その他()		
雇用管理上の担当者名	安全衛生面の担当者名		
職業生活面の担当者名	その他担当者名		
その他、可能な合理的配慮の取組			

(3) 必要な支援内容

職場 介助	対象者の標準的な業務の流れと、勤務に対応した職場介助者の介助内容			
	時刻の目安	業務内容	介助内容	(A)助成金の対象となる支援時間の目安 (B)その他必要な支援時間の目安
始業 (:)				
終業 (:)				
			(A) 助成金の対象となる支援時間の目安 合計時間 (1日) <input type="text"/> 分程度	
(B)その他必要な支援				
具体的に介助が必要な場面				
○見守り 有 / 無 ○ 姿勢の調整 有 / 無 ○ 喀痰吸引 有 / 無				
○トイレ介助 有 / 無 ○ 給水 有 / 無 ○ 体位交換 有 / 無				
○食事介助 有 / 無 ○ 衣服着脱 有 / 無 ○ 有 / 無				
			(B) その他必要な支援時間の目安 合計時間 (1日) <input type="text"/> 分程度	
				(A) + (B) (注: 所定労働時間を超えない範囲で記載) 合計時間 (1日) <input type="text"/> 分程度
(支援対象障害者の週所定労働時間が10時間未満 (予定) の場合) 年度末までの所定労働時間引き上げ計画				

通勤支援	通勤支援実施年月日	年	月	日	～	年	月	日	(終了日が当該申請年度を超える場合は当該申請年度の3月31日まで)										
	通勤支援が必要な日	月	/	火	/	水	/	木	/	金	/	土	/	日	/	不定期	(月 日)		
	支援の必要性	全介助 ・ 一部介助 ・ 見守りのみ (計画作成時点において必要な支援に○をつける)																	
	通勤時間帯 (開始時間～終了時間)	介助及び見守りが必要な場所 (※一部介助・見守りのみを選択した場合に記載)																	
	時	分	～	時	分														
	時	分	～	時	分														
	時	分	～	時	分														

支援計画書作成年月日	年	月	日
------------	---	---	---

【助成金に係る確認事項】(重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金及び重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金を利用する場合にご確認下さい。)

以下の事項に当てはまるか確認ください(該当していれば□にレ点を入れてください)。

- 支援対象障害者の加古川市において「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」を実施している。
支援対象障害者は、
- ①「「雇用施策との連携による重度障害者等就労支援特別事業」(本計画書の(3)B「その他必要な支援」が必要な者、通勤支援における「4ヶ月目からの支援」が必要な者)の対象者」(障害者雇用助成金のごあんない参照)である。
- ②「身体障害者、知的障害者又は精神障害者」(障害者雇用助成金のごあんない参照)である。
- ③「常時雇用する労働者」(障害者雇用助成金のごあんない参照)である。
- 助成金の支給対象措置は、次のいずれかの措置である。
・支給対象障害者が主体的に業務を遂行するために必要不可欠な、次の介助の業務(遠隔地にいる職場介助者が情報通信機器を介して支給対象障害者に対して行う業務を含む。障害特性が理由で行うことが出来ない作業部分のみの代行が対象であり、支給対象障害者に代わって介助者が判断し遂行する業務は対象外となること。)
イ PC等業務に要する機器による情報アクセス・入力(文・デザイン等の創案を除く)・出力等に係る操作、書類の頁めくり、文字盤・口文字等の読み取り
ロ 代読・代筆(文・デザイン等の創案を除く)、録音図書の作成
ハ 書類等の整理
ニ 業務上の移動・外出に係る付添い(介助者による自動車の運転を除く)
- 通勤支援は、公共交通機関を利用する通勤に対するものである。 ※「3か月目までの支援」が助成対象である。
- 助成金は、事業主が、支援計画書のほか、必要書類をもって、別途申請する。

加古川市確認使用欄
連絡先(担当部署等) 加古川市

JEED確認使用欄	確認番号	—	—	号
連絡先(担当支部名等)				

(第3号様式)

加古川市重度障害者等就労支援特別事業
支給決定等通知書

年 月 日

様

加古川市長

年 月 日付けの申請について、

- 下記のとおり、支給決定を行いましたので、通知します。
- 下記の支給決定の取消しを行いましたので、通知します。
- 不支給決定を行いましたので、通知します。

記

決定(取消)日	年 月 日
取消・不支給決定を行った理由	
支給決定者氏名	利用者氏名((<input type="checkbox"/> 同左))
支給期間	年 月 日 ~ 年 月 日
支給量	時間/月
報酬形態	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護 <input type="checkbox"/> 同行援護 <input type="checkbox"/> 行動援護
利用者負担上限月額	<input type="checkbox"/> 37,200円 <input type="checkbox"/> 9,300円 <input type="checkbox"/> 4,600円 <input type="checkbox"/> 0円
雇用形態	<input type="checkbox"/> 被雇用 <input type="checkbox"/> 自営業
就労場所	<input type="checkbox"/> 雇用先 <input type="checkbox"/> 自宅内 <input type="checkbox"/> その他()
サービス提供事業所	(兼 利用者負担上限額管理者)
特記事項	当該事業には受給者証が設けられていません。
1 この処分について不服がある場合は、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、加古川市長に対して審査請求をすることができます。ただし、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か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。	
2 この処分については、この処分があったことを知った日(上記1の審査請求をした場合は、当該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、加古川市を被告として(訴訟において加古川市を代表する者は、加古川市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日(上記1の審査請求をした場合は、当該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か月以内であっても、この処分があった日(上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決のあった日)の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、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。	

(問合せ先)

(第4号様式)

年 月 日

加古川市重度障害者等就労支援特別事業
支給変更申請書

(宛先) 加古川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
Eメール

加古川市重度障害者等就労支援特別事業について、下記のとおり変更申請を行います。

記

変更発生日	年 月 日
変更が生じた事項	(変更前)
	(変更後)
変更が生じた理由	

※ 変更内容を証する書類を添付すること。

(第5号様式)

加古川市重度障害者等就労支援特別事業
変更決定通知書

年 月 日

様

加古川市長

年 月 日付けの申請について、下記のとおり変更決定を行いましたので、
通知します。

記

変更日	年 月 日
変更が生じた事項	(変更前)
	(変更後)

1 この処分について不服がある場合は、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、加古川市長に対して審査請求をすることができます。ただし、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か月以内であっても、この処分があった日の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、審査請求をすることができなくなります。

2 この処分については、この処分があったことを知った日（上記1の審査請求をした場合は、当該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、加古川市を被告として（訴訟において加古川市を代表する者は、加古川市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。ただし、この処分があったことを知った日（上記1の審査請求をした場合は、当該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か月以内であっても、この処分があった日（上記1の審査請求をした場合は、当該審査請求に対する裁決のあった日）の翌日から起算して1年を経過したときは、正当な理由がある場合を除き、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。

(問合せ先)

(第6号様式)

加古川市重度障害者等就労支援特別事業
辞退届出書

(宛先) 加古川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号
Eメール

年 月 日付けの支給決定について、下記のとおり辞退します。

記

辞退日	年 月 日
辞退を届け出る理由	<input type="checkbox"/> 退職のため <input type="checkbox"/> 雇用契約の変更のため <input type="checkbox"/> 以下の理由のため ()

※ 辞退内容を証する書類を添付すること。

(第7号様式)

加古川市重度障害者等就労支援特別事業 請求書

年 月 日

(あて先)

加古川市長 殿

請求事業者	事業所番号																			
	住所 (所在地)																			
	電話番号																			
	名称																			
	職・氏名																			

債権者登録番号																				
口座振替金融機関名等	銀行・金庫 支店																			
預金種目	1.普通 2.当座	口座番号																		
口座名義(カ) 30字以内																				

下記のとおり請求します。

				年						月分
--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	----

件数	
----	--

請求金額		円
------	--	---

加古川市重度障害者等就労支援特別事業 明細書

			年		月分
--	--	--	---	--	----

重度訪問介護等の 受給者証番号																				
氏名																				

請求事業者	事業所番号																			
	事業者及びその事業所の名称																			

利用者負担上限月額 ①	
-------------	--

給付費明細欄	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要

給付単位数	
単位数単価	
総費用額	
1割相当額	
利用者負担額②	
上限月額調整(①②の内少ない数)	
上限額管理後利用者負担額	
決定利用者負担額	
加古川市請求額	

受給者証番号											氏名				事業所番号			
決定支給量											事業者及びその事業所							

日付	曜日	サービス提供の状況	重度訪問介護計画				サービス提供時間		算定時間数		派遣人数	同行支援	初回加算	緊急時対応加算	行動障害支援連携加算	移動介護緊急時支援加算	利用者確認欄	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数 時間	移動	開始時間	終了時間	時間	移動								
移動介護分																		
合計																		

(第9号様式)

年 月分 加古川市重度障害者等就労支援特別事業(同行援護)サービス提供実績記録票

受給者証番号	氏名 (障害児氏名)	事業所番号	
		事業者及びその事業所	
決定支給量			

日付	曜日	サービス内容	同行援護計画			サービス提供時間		算定時間	派遣人数	初回加算	緊急時対応加算	利用者確認欄	備考
			開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間						
合計			計画時間数計	内訳(適用単価別) 100% 90%		算定時間数計							

(第10号様式)

加古川市重度障害者等就労支援特別事業 利用者負担上限額管理結果票

年 月 分

市町村番号	2	8	2	1	0	3													
重度訪問介護等の受給者証番号																			
氏名																			
支給決定に係る障害者氏名																			

事業所番号																				
指定重度訪問介護等事業者及びその事業所の名称																				

加古川市重度障害者等就労支援特別事業の利用者負担上限月額

利用者負担上限額管理結果

- 1 管理事業所で利用者負担額を充当したため、他事業所の利用者負担額は発生しない。
- 2 利用者負担額の合算額が、負担上限月額以下のため、調整事務は行わない。
- 3 利用者負担額の合算額が、負担上限月額を超過するため、下記のとおり調整した。

利用者負担額集計・調整欄	項番	1	2	3	4	5	6
	事業所番号						
	事業所名称						
	総費用額						
	利用者負担額						
	管理結果後利用者負担額						

利用者負担額集計・調整欄	項番	7	8	9	10	11	合計
	事業所番号						
	事業所名称						
	総費用額						
	利用者負担額						
	管理結果後利用者負担額						

上記内容について確認しました。

年 月 日

氏名