

平成29年12月 1 日

福 祉 部 長 決 定

加古川市障がい者（児）緊急時短期入所事業実施要綱

（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「法」という。）第29条第1項に規定する指定障害福祉サービス事業者（以下「事業者」という。）が、介護者の急な疾病、事故等により在宅介護を受けることが困難な障がい者（児）及び法第5条第8項に規定する短期入所（以下「短期入所」という。）の利用が現に困難な障がい者（児）に緊急的な短期入所を行った場合に、事業者に対し介護職員等の加算費を支給することにより障がい者（児）及びその家族の負担の軽減を図り、もって障害者福祉の向上に寄与することを目的とする。

（対象者）

第2条 この事業の対象者は、市内に住所を有し、法第22条の規定に基づき短期入所のサービスの支給決定を受けた者で、かつ、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- （1）介護者の疾病、出産、葬祭、事故、災害、看護その他の社会的理由により、介護を受けることが困難であり、緊急的に短期入所の利用が必要と認められる者
- （2）介護者の介護疲れにより、介護を受けることが困難であり、緊急的に短期入所の利用が必要と認められる者（行動障害等により短期入所の利用が現に困難な者に限る。）

（申請）

第3条 この事業を受けようとする者（当該者が障がい児である場合は、その保護者等。以下「申請者」という。）は、緊急時短期入所事業利用申請書（様式第1号）及びこの事業を受けようとする者の健康診断書（市長が必要と認める場合に限る。）を市長に提出しなければならない。

(決定)

第4条 市長は、前条の申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、事業者と調整を行い、入所の可否を決定したときは、緊急時短期入所事業利用決定通知書(様式第2号)又は緊急時短期入所事業利用却下通知書(様式第3号)により申請者に通知するとともに、当該申請者が利用する事業者に対して緊急時短期入所事業受入依頼書(様式第4号)を送付する。

2 市長は、前項の規定により緊急時短期入所事業の利用の決定をしたときは、別表第1に定める緊急時短期入所事業の利用に伴う利用者負担割合を決定するものとする。

(入所期間)

第5条 事業者への入所期間は、7日以内とする。

(利用者負担)

第6条 第4条第1項の規定により緊急時短期入所事業の利用の決定を受けた者(以下「利用決定者」という。)が短期入所を利用した場合は、法第29条第3項の規定に基づく負担上限月額範囲内において費用の1割を負担するものとする。

2 利用決定者は、別表第2に定める緊急時短期入所受入加算費に第4条第2項の規定による決定を受けた利用者負担割合を乗じた利用者負担額を、事業者に支払うものとする。

3 利用決定者は、前2項に定めるもののほか、食費その他必要な実費を事業者に支払うものとする。

(給付費の請求)

第7条 利用決定者は、別表第2に定める緊急時短期入所受入加算費から前条第2項の規定により徴収した利用者負担額を差し引いた額(以下「給付費」という。)の支給を受けようとするときは、緊急時短期入所事業受入加算による給付費請求書(様式第5号。以下「請求書」という。)を市長に提出しなければならない。

2 事業者は、前項の規定により利用決定者が給付費の請求を行った場合は、緊急時短期入所事業報告書(様式第6号)を市長に提出しなければならない。

3 第1項の規定にかかわらず、利用決定者は、代理請求及び代理受領委任状(様式

第7号)により給付費の請求及び受領を事業者に委任することができる。

4 前項の規定による委任を受けた事業者は、給付費の支給を受けようとするときは、請求書に次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) 緊急時短期入所事業報告書

(2) 代理請求及び代理受領委任状

(給付費の支給)

第8条 市長は、前条第1項又は第4項に規定する給付費の支給の請求があったときは、速やかにその内容を審査し、利用決定者又は事業者に対し、給付費を支給するものとする。

(給付費の返還)

第9条 市長は、偽りその他不正な手段により給付費の支給を受けた者があるときは、その者に給付費の全額又は一部の返還を命じることができる。

(補則)

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年12月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3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。

別表第1（第4条関係）

緊急時短期入所事業の利用に伴う利用者負担割合

市民税額による区分	利用者負担割合
市民税課税世帯	1割
市民税非課税世帯	なし

注 市民税課税世帯は、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施行令（平成18年政令第10号）第17条第1号、第2号及び第3号の区分のいずれかに該当する場合をいう。

別表第2（第7条関係）

緊急時短期入所受入加算費

（単位：円）

対象	条件	障害支援区分 （障害児支援区分）	利用実績のない利用者を受け入れた場合の加算費 （1日あたり）	介護職員を1名追加した場合の加算費 （1日あたり）
障がい者	短期入所のみを利用する場合	区分6	9,396	9,396
		区分5	7,981	7,981
		区分4	6,596	6,596
		区分3	5,934	5,934
		区分2・1	5,181	5,181
	日中活動系サービスを併せて利用する場合	区分6	6,128	6,128
		区分5	5,364	5,364
		区分4	3,237	3,237
		区分3	2,443	2,443
		区分2・1	1,761	1,761
	医療的ケアが必要で、短期入所のみを利用する場合	区分6	11,849	11,849
		区分5	10,444	10,444
		区分4	9,050	9,050
		区分3	8,388	8,388
		区分2・1	7,645	7,645

	医療的ケアが必要で、日中活動系サービスを併せて利用する場合	区分6	8, 591	8, 591
		区分5	7, 838	7, 838
		区分4	5, 690	5, 690
		区分3	4, 916	4, 916
		区分2・1	4, 204	4, 204
	医療的ケアが必要で、宿泊を伴わない短期入所を利用する場合	区分6	11, 269	11, 269
		区分5	9, 945	9, 945
		区分4	8, 612	8, 612
		区分3	7, 981	7, 981
		区分2・1	7, 278	7, 278
障がい児	短期入所のみを利用する場合	区分3	7, 981	7, 981
		区分2	6, 260	6, 260
		区分1	5, 181	5, 181
	日中活動系サービスを併せて利用する場合	区分3	5, 364	5, 364
		区分2	2, 840	2, 840
		区分1	1, 761	1, 761
	医療的ケアが必要で、短期入所のみを利用する場合	区分3	10, 444	10, 444
		区分2	8, 734	8, 734
		区分1	7, 655	7, 655
	医療的ケアが必要で、日中活動系サービスを併せて利用する場合	区分3	7, 838	7, 838
		区分2	5, 303	5, 303
		区分1	4, 194	4, 194
	医療的ケアが必要で、宿泊を伴わない短期入所を利用する場合	区分3	9, 945	9, 945
		区分2	8, 306	8, 306
		区分1	7, 268	7, 268

医療的ケアスコアが16点以上の障がい者・児	看護体制が7：1で、短期入所のみを利用する場合	31,731	31,731
	看護体制が7：1で、宿泊を伴わない短期入所を利用する場合	29,908	29,908
	看護体制が7：1で、日中活動系サービスを併せて利用する場合	21,887	21,887
	短期入所のみを利用する場合	29,155	29,155
	宿泊を伴わない短期入所を利用する場合	27,842	27,842
	日中活動系サービスを併せて利用する場合	20,563	20,563
遷延性意識障がい者・児	短期入所のみを利用する場合	18,588	18,588
	宿泊を伴わない短期入所を利用する場合	17,540	17,540
	日中活動系サービスを併せて利用する場合	13,519	13,519

緊急時短期入所事業利用申請書

年 月 日

加古川市長 様

申請者 住 所
氏 名
生年月日
電話番号

加古川市障がい者（児）緊急時短期入所事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、事業の利用にあたっては、「健康診断書」「障害福祉サービス受給者証」等の関係資料及び障害支援区分の認定調査の内容を実施施設に提示することに同意します。

対象者	ふりがな 氏 名		受給者証番号	
			生年月日	年 月 日
	住所及び 連絡先	1 申請者に同じ 2 その他（以下を記入してください） 〒 — 電話 — —		
申請理由				
利用期間		年 月 日から 年 月 日まで		
緊急 連絡 先	ふりがな 氏 名		申請者との続柄	
	住所及び 連絡先	1 申請者に同じ 2 対象者に同じ 3 その他（以下を記入してください） 〒 — 電話 — —		
特記事項				

緊急時短期入所事業利用決定通知書

第 号
年 月 日

様

加古川市長



年 月 日付で申請のあった加古川市障がい者（児）緊急時短期入所事業の利用については、下記のとおり決定したので通知します。

なお、利用期間内において、利用の必要がなくなったときには、速やかに申し出てください。

記

利用決定者	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日
	住所及び連絡先	〒 ー 電話 ー ー		
対象者	ふりがな氏名		生年月日	年 月 日
	住所及び連絡先			
本事業の利用に伴う利用者負担割合			介護職員増員の必要性	
利用期間		年 月 日から 年 月 日まで		
実施施設	施設名			
	所在地	〒 ー 電話 ー ー		
特記事項				

様式第3号（第4条関係）

緊急時短期入所事業利用却下通知書

第 号
年 月 日

様

加古川市長



年 月 日付で申請のあった加古川市障がい者（児）緊急時短期入所事業の利用については、下記のとおり却下したので通知します。

記

利用者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所	〒 ー		
却下理由				

緊急時短期入所事業受入依頼書

第 号
年 月 日

様

加古川市長



次のとおり、加古川市障がい者（児）緊急時短期入所事業の受入を依頼します。

利用決定者	ふりがな 氏名		性別	
			生年月日	年 月 日
	住所及び 連絡先	〒 — 電話 — —		
対象者	ふりがな 氏名		性別	
			生年月日	年 月 日
	住所及び 連絡先	1 利用決定者に同じ 2 その他（以下に記入してください） 〒 — 電話 — —		
申請理由				
期間		年 月 日から 年 月 日まで		
緊急連絡先	ふりがな 氏名		申請者との 続柄	
	住所及び 連絡先	1 利用者に同じ 2 保護者に同じ 3 その他（※3の場合のみ以下を記入してください） 〒 — 電話 — —		
障害（児） 支援区分			本事業の利用に伴 う利用者負担割合	
特記事項				

様式第5号（第7条関係）

緊急時短期入所事業受入加算による給付費請求書

年 月 日

加古川市長 様

請求者 住 所

氏 名

次のとおり、加古川市障がい者（児）緊急時短期入所事業の受入加算による給付費について請求します。

請求金額 _____ 円

(請求者)

氏名	(フリガナ)
住所	〒 電話番号 () —

(振込先金融機関)

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
預金種目	1 普通 2 当座 3 その他	口座番号
口座名義人	(フリガナ)	

緊急時短期入所事業報告書

年 月 日

加古川市長 様

事業者 住 所
名 称
職・氏名

次のとおり、加古川市障がい者（児）緊急時短期入所事業について報告します。

利用者氏名	生年月日	年 月 日
期 間	年 月 日から	年 月 日まで
介護内容 入所中の様子		
利用実績がない利用者にかかる加算	円 × 日 =	円
介護職員を1名追加した場合の加算	円 × 日 =	円
利用者の受入に伴い増員となった場合の職員氏名		
利用者からの徴収金額	円 ※緊急時短期入所受入加算費から控除した金額	

※別紙「サービス提供実績記録票」を添付してください。

様式第7号（第7条関係）

代理請求及び代理受領委任状

年 月 日

加古川市長 様

私は、 年 月 日付 第 号にて利用決定を受けた緊急時短期入所事業にかかる給付費の請求と受領について、下記のとおり委任します。

記

委任者（利用決定を受けた方）

住 所

氏 名

㊞

上記の権限の委任を受けることを承諾します。

住 所

名 称

職・氏名

㊞
