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に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に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、又は職員に関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あるときは、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。

附　則

この要綱は、令和７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	

（第１号様式）表面

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

<table>
<tr><td rowspan="6">利用者の状況</td><td>氏名</td><td>☐ 申請者と同じ</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>受給者証番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>受給中の
障害福祉サービス</td><td>☐ 重度訪問介護
☐ 同行援護
☐ 行動援護</td><td>支援を受ける（予定）
事業者の名称</td><td>※事業者との契約書（写）を添付すること</td></tr>
<tr><td>雇用形態</td><td>☐ 被雇用
☐ 自営業等</td><td>就労場所</td><td>☐ 雇用先
☐ 自宅内
☐ その他（　　）</td></tr>
<tr><td>企業名（就労先）</td><td></td><td>労働条件</td><td>週　　時間</td></tr>
<tr><td colspan="2">希望支給量</td><td colspan="3">☐ 重度訪問介護　　時間/月
☐ 同行援護　　時間/月
☐ 行動援護　　時間/月</td></tr>
</table>

（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 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		
執務環境（自宅・その他）			
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）　　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）　　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）　　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〇をつける）
	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	カコガワ　タロウ	住所	
氏名	加古川　太郎	〒〇〇〇-〇〇〇〇 加古川市〇〇町〇〇1-2-3	
就業形態	(民間企業等で雇用)・自営業等に従事　（どちらかに〇）	就業開始（予定）年月日	2018　年　10 月　1 日
主たる障害の種類	(身体)・　知的　・　精神　（　　級）	障害状況	上下肢機能障害・体幹機能障害・ALS
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	加古川市
サービス提供事業所	（社福）ABC会　ケアサービスDE	特定相談支援事業所	NPO法人　FG園　相談支援事業所HI
支援が必要な介助等	四肢機能に障害があり、日常生活動作は全介助。視線によるコミュニケーションが可能。		

（２）職場環境等

フリガナ	◎◎ソフトウェアカブシキガイシャ	フリガナ	カコガワシ〇〇チョウ〇〇
事業所名	◎◎ソフトウェア株式会社	所在地	加古川市〇〇町〇〇4-5-6
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	９時　～　１５時　（1日　５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	１２時　～　１３時
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	営業部が作成した資料のチェック、専門的な見地から資料内容についてテレビ会議で営業担当者にフィードバック。		
必要な機器等	ＰＣ　視線操作装置　ＴＶ電話会議システム　スキャナー等		
通勤の有無	(有)・無　(毎日)・週　回・月　回）	経路	自宅（徒歩）－〇〇バス停（バス利用）－◇◇駅　（地下鉄〇線）
勤務時間中の移動	職場内の移動 有 ・ 無　職場外の移動 有 ・ 無	－ ××駅(徒歩) － 会社	所要時間（片道）１時間
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 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		
執務環境（自宅・その他）			
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	商品開発部　次長　◎◎氏	安全衛生面の担当者名	××産業医
職業生活面の担当者名	営業1課　2係長　◎◎氏	その他担当者名	システム担当　△△氏
その他，可能な合理的配慮の取組	ご本人の状態を考慮して、週3日、1日5時間勤務を設定している。在宅勤務に関して就業規則では月1回以上の通勤を求めているが、 ご本人については移動が困難であるため、通勤を必要としない。TV会議時に2週間に1回産業医が同席して体調等について確認する。		

（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（9:00）				
9:00	メールチェック	PCの立ち上げ	10 分	
9:10	資料チェック等作業	チェック資料の準備、片付け	20 分	
		見守り・給水・姿勢の調整		60 分
10:30	テレビ会議参加	発言のサポート	80 分	
		見守り・給水・姿勢の調整		10 分
12:00	休　憩	食事に係る介助・トイレの使用に係る介助		60 分
13:00	パソコン入力作業	入力用の資料の準備、片付け	15 分	
		見守り・給水・姿勢の調整		90 分
14:45	執務スペースの片付け	資料片付け、PCシャットダウン	15 分	
15:00				
終業（15:00）				

（A）助成金の対象となる支援時間の目安

合計時間（1日） 140 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） 220 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） 360 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　令和〇年５月１日　～　令和〇年３月３１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４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〇をつける）
	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）
	18時00分～19時00分　取引先から自宅までの経路について同行、経路、危険個所についての情報提供、必要に応じた誘導
	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　－　－

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（（☐ 同左）　　）		
支給期間	年　　月　　日	～	年　　月　　日
支給量	時間／月		
報酬形態	☐ 重度訪問介護　☐ 同行援護　☐ 行動援護		
利用者負担上限月額	☐ 37,200円　☐ 9,300円　☐ 4,600円　☐ 0円		
雇用形態	☐ 被雇用　☐ 自営業		
就労場所	☐ 雇用先　☐ 自宅内　☐ 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。		

（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）

（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	□　退職のため □　雇用契約の変更のため □　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(ｶﾅ)											

下記のとおり請求します。

			年			月分

件数	

請求金額		円

（第８号様式）

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	

	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
給付費明細欄						

	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	

（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（重度訪問介護）サービス提供実績記録票

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		開始時間	終了時間	時間	移動								
						時間	移動												
移動介護分																			
合計														回	回	回	回		

	枚中		枚

（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	
決定支給量				事業者及びその事業所	

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						

（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（行動援護）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	
決定支給量				事業者及びその事業所	

日付	曜日		行動援護計画			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	行動障害支援指導連携加算	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					算定時間数計		回	回	回		

	枚中		枚

（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