

4 移動支援事業実施要領

(目的)

第1条 移動支援事業は、屋外での移動が困難な障害者について、外出のための支援を行うことにより、地域における自立生活および社会参加を促進することを目的とする。

(実施の委託等)

第2条 市長は、移動支援事業の実施を、次の各号に掲げる事業者に委託するものとする。

(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であり、居宅介護等個別給付のサービス提供を行う事業者

(2) 介護保険法（平成9年法律123号。以下この要領において「保険法」という。）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者であり、訪問介護等のサービス提供を行う事業者

2 移動支援事業実施の委託に係る単価は、別表のとおりとし、市長は委託事業者に対して、別表に掲げる金額から要綱第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。

(対象者)

第3条 移動支援事業の対象となる者は、函館市に居住地を有する、屋外での移動に著しい制限のある者で、次の各号に掲げる者（以下「対象者」という。）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のうち全身性障害者（法第5条第3項の重度訪問介護の支給決定を受けている者を除く。）

(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歳以上の者

(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歳以上の者

(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、全身性障害児、知的障害児、精神障害児

(事業内容等)

第4条 移動支援事業は、次項に規定する外出の際の移動を支援するものとし、実施方法は個別支援が必要な者に対するマンツーマンによる支援（以下「サービス」という。）とする。

2 サービスの対象となるものは、次の各号に掲げるものとする。

(1) 公的機関への用務のための外出

(2) 冠婚葬祭等社会生活上必要と認められる事由による外出

(3) 対象者の社会参加を促進するうえで、市長が必要と認める外出

3 サービスを提供する者は、次の要件を満たす者とする。

(1) 削除

(2) 全身性障害者（児）へサービスを提供する者

「重度訪問介護従業者養成研修」および「全身性障害者移動介護従業者養成研修」の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者

(3) 知的障害者（児）および前条で規定する精神障害者へサービスを提供する者

ア 介護福祉士

イ 「居宅介護職員初任者研修」および「障害者居宅介護従業者基礎研修」（平成25年4月1日以前「居宅介護従業者養成研修」）の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者

ウ 「行動援護従業者養成研修」および支援費制度における「知的障害者移動介護従業者養成研修」の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者

エ 保険法第8条第2項に規定する政令で定める者

オ 「強度行動障害支援者養成研修」の課程を修了し、当該研修の事業を行った者から当該研修の課程を修了した旨の証明書の交付を受けた者

(利用の申請等)

第5条 移動支援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 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、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2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3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6条 移動支援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4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5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7条 利用者は、次に掲げる事項に該当する場合は、別記第6号様式の届出書により、市長に届け出なければならない。

(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

(報告)

第8条 事業者は、移動支援事業の実施状況等を市長に報告するものとする。

(補則)

第9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8月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成24年4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27年4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4号様式および別記第6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4号様式および別記第6号様式の規定に基づき提出された申請書とみなす。

別表

委託単価

利用時間 (時間)	移動支援 (身体介護 を伴う)	移動支援 (身体介護を 伴わない)	加 算
30分まで	2,330円	800円	夜間（午後6時から午後10時まで）または、早朝（午前6時から午前8時まで）に支援を行った場合は、25%に相当する額を加算する。
30分を超え1時間まで	4,050円	1,530円	
1時間を超え1時間30分まで	5,880円	2,280円	
1時間30分超	以後30分ごとに820円	以後30分ごとに750円	

別記第1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	

<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>この申請に係る利用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の状況のわかる書類の写し（1月1日から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分）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。

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4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・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	

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	
この申請に係る利用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の状況のわかる書類の写し（1月1日から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分）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	
	障害程度または障害の種類	

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6号様式（第7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"/> 訪問入浴 <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	
----------	--