

## 7 訪問入浴サービス事業実施要領

(目的)

第1条 障害者訪問入浴サービス事業(以下この要領において「事業」という。)は、歩行が困難で、移送に耐えられない等の事情にある在宅の身体障害者に対し、訪問による入浴サービスを提供してその在宅生活を支援し、もって障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(実施の委託等)

第2条 市長は、事業の実施を社会福祉法人その他市長が適当と認める者(以下「事業者」という。)に委託するものとする。

(利用対象者)

第3条 利用対象者は、市内に住所を有する在宅の歩行困難な身体障害者および自力または家族等の介助では居宅での入浴が困難な身体障害児であって、移送に耐えられない等の事情にある者とする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、事業を利用することができない。

- (1) 介護保険の被保険者で介護保険サービスを利用できる者
- (2) 医師が入浴を適当でないと認めた者
- (3) その他特に利用対象者として適当でないと市長が認める者

(事業の内容)

第4条 事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 入浴するための浴槽(身体障害者が入浴するのに適したもの)を車両で運搬し、利用者の宅内で入浴サービスを行う。
- (2) 入浴設備を備えた車両を利用者宅の前に駐車し、利用者を搬送して、車両内で入浴サービスを行う。

(事業の実施)

第5条 事業を行う時間は、午前9時から午後5時までの時間とする。ただし、利用者の体調、天候その他の理由により、事業を実施することが困難と認められるときは、その日の事業の中止または時間の変更をすることができる。

(利用の申請)

第6条 事業を利用しようとする者は、別記第1号様式の申請書に、別記第2号様式の診断書を添付し、市長に申請しなければならない。

(利用の決定)

第7条 市長は、前条の申請を受理したときは、事業の利用の可否について決定し、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、前条の規定による申請をした者に通知するものとする。

(利用内容の変更)

第8条 前条の規定により利用の決定を受けた者（以下「利用者」という。）が利用内容を変更する場合は、別記第5号様式の申請書により利用変更の申請をするものとする。

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利用者に通知するものとする。

(利用の廃止等)

第9条 市長は、次の各号のいずれかに該当する者については、事業の利用を停止または廃止することができるものとする。

- (1) 虚偽の申請その他の不正な手段により利用の決定を受けた者
- (2) 伝染性疾患を有する者
- (3) 疾病または負傷のため入院治療が必要であると認められる者
- (4) その他事業を利用する者として市長が不相当と認めた者

2 市長は、前項の規定により事業の利用を停止または廃止したときは、別記第7号様式の通知書により利用者に通知するものとする。

(実費負担)

第10条 利用者は、特別な浴槽水等を使用する場合、それに要する実費相当額を負担するものとし、利用者はその費用を事業の実施主体に支払うものとする。

(委託料)

第11条 市長は、事業を実施した場合、1回につき12,600円から要綱第4条第1項第3号に規定する額を差し引いた額を事業を実施した事業者に支払うものとする。

(実施上の留意点)

第12条 事業の実施にあたっては、次に掲げる点に留意するものとする。

- (1) サービスの提供に用いる設備、器具その他の用品の使用に際しては、安全、清潔の保持に留意すること。
- (2) サービス提供時の利用者の病状急変等の際には、速やかに主治医への連絡等の必要な措置をとること。

(補則)

第13条 この要領に定めるもののほか、事業の実施について必要な事項は、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25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号様式および別記第5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号様式および第5号様式の規定に基づき提出された申請書等とみなす。

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。

診 断 書

氏名		生年月日	年 月 日
住所			歳
病名・病状・既往症・治療状況・退院の年月日等			
訪問診療 有・無      訪問看護 有・無      血圧 [      /      最小]			
寝たきり度（該当するものに○をつけてください。）			
<p>1 一部自立 障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出できる。</p> <p>2 準寝たきり 屋内での生活は、概ね自立しているが、介助なしには外出できない。</p> <p>3 寝たきり (1)屋内での生活は何らかの介助を要し、日中はベッドの上での生活が主体であるが、座位は保つことができる。</p> <p>4 寝たきり (2)一日中ベッドの上で過ごし、排泄・食事・着脱において介助を要する。</p>			
日常生活動作（ADL）の状況（該当するものに○をつけてください。）			
移 動	自立・一部介助・全面介助・その他（      ）	送迎バスでの通所	（可・不可）
食 事	自立・一部介助・全面介助・その他（      ）	座位	（可・不可・支えて可）
排 泄	自立・一部介助・全面介助・その他（      ）	鼻腔栄養	（有・無）
入 浴	自立・一部介助・全面介助・その他（      ）	オムツ・カテーテルの使用	（有・無）
着 脱	自立・一部介助・全面介助・その他（      ）		
整 容	自立・一部介助・全面介助・その他（      ）		
異常行動の有無等			
特記事項（皮膚疾患・感染症の有無等）			
有・無 [有の場合 疾患名      ]			
入 浴      可・不可 [入浴上の注意事項]			
上記のとおり診断します。 年 月 日 所在地 医療機関名 名 称 医師氏名			

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・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5号様式（第8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。

訪問入浴サービス利用（停止・廃止）決定通知書

年 月 日

様

函館市長

印

次のとおり訪問入浴サービスの利用を（停止・廃止）するので通知します。

1 利用者 住所

市名

2 停止の期間 年 月 日から 年 月 日まで

3 廃止の期日 年 月 日

4 停止・廃止の理由

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。