

○御殿場市小規模通所授産施設利用者負担助成要綱

平成19年3月22日

告示第77号

改正 平成25年2月28日告示第73号

平成27年12月28日告示第318号

平成28年3月30日告示第96号

(目的)

第1条 この要綱は、在宅の障害者及び障害児が小規模通所授産施設に通所するために要する費用の一部を助成することにより、障害者及び障害児の保護者の経済的負担を軽減し、もって障害者及び障害児の自立と社会参加の促進を図ることを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において小規模通所授産施設とは、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）第5条第14項に規定する就労継続支援を行う施設をいう。

2 この要綱において利用者負担額とは、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に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号。以下「基準省令」という。）第2条第12号に規定する利用者負担額をいう。

（一部改正〔平成25年告示73号・28年96号〕）

(助成の対象者等)

第3条 小規模通所授産施設利用者負担助成の対象となる者は、市内に住所を有し、前条に規定する小規模通所授産施設に通所する者のうち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。以下「省令」という。）第6条の10第1号に規定する就労継続支援A型の利用者で基準省令第190条第2項の規定による利用者及び省令第6条の10第2号に規定する就労継続支援B型の利用者とする。

2 小規模通所授産施設利用者負担助成の対象となる利用者負担額は、小規模通所授産施設の通所に係る利用者負担額とする。

（一部改正〔平成28年告示96号〕）

(助成の額)

第4条 助成の額は、利用者負担額に3分の1を乗じて得た額とし、その額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。

（全部改正〔平成28年告示96号〕）

(助成の申請)

第5条 助成を受けようとする者は、小規模通所授産施設利用者負担助成申請書(様式第1号)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。ただし、市長は、当該書類により証明すべき事実を公簿等によって確認することができるときは、当該書類を省略させることができる。

(1) 御殿場市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細則(平成19年御殿場市規則第4号)第3条に規定する障害福祉サービス受給者証の写し

(2) 所得証明書その他利用者負担基準額を算出するために必要な書類

(一部改正〔平成25年告示73号〕)

(助成の承認)

第6条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、その内容を審査し、小規模通所授産施設利用者負担助成承認(不承認)通知書(様式第2号)により申請者に通知するものとする。

(助成金の請求)

第7条 前条の規定により助成の承認を受け助成金の支給を受けようとする者は、小規模通所授産施設利用者負担助成請求書(様式第3号)に、次に掲げる書類を添えて、小規模通所授産施設を利用した月の末日から起算して1年以内に市長に提出しなければならない。

(1) 請求書その他小規模通所授産施設を利用した内容が確認できる書類の写し

(2) 領収書その他前号に掲げる費用の納入が確認できる書類の写し

(3) その他市長が必要と認める書類

(一部改正〔平成28年告示96号〕)

(助成金の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正な手段により助成金を受給した者に対し、既に助成した金額の全部又は一部を返還させることができる。

(補則)

第9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

この告示は、平成19年4月1日から施行する。

附 則(平成25年2月28日告示第73号抄)

(施行期日)

1 この要綱は、平成25年4月1日から施行する。ただし、第18条から第25条まで

の規定は、平成26年4月1日から施行する。

附 則（平成27年12月28日告示第318号）

（施行期日）

1 この告示は、平成28年1月1日から施行する。

（経過措置）

2 この告示の施行の際、従前の規定により作成した帳票及び用紙は、当分の間、これを取り繕って使用できるものとする。

附 則（平成28年3月30日告示第96号）

（施行期日）

1 この告示は、平成28年4月1日から施行する。

（経過措置）

2 この告示の施行の際現にこの告示による改正前の御殿場市小規模通所授産施設利用者負担助成要綱第6条の規定により助成の承認を受けている者の助成については、なお従前の例による。

様式第1号(第5条関係)

小規模通所授産施設利用者負担助成申請書

御殿場市長 様

御殿場市小規模通所授産施設利用者負担助成要綱第5条の規定により申請します。

小規模通所授産施設利用者負担助成承認のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について各関係機関に調査し、照会し、及び閲覧することを承諾します。

申請年月日 年 月 日

フリガナ		生年月日
申請者氏名	印	年 月 日
個人番号		
住所	〒 電話番号	
フリガナ	続柄	
助成申請に係る障害児氏名	生年月日	年 月 日
小規模通所授産施設名	利用決定年月日	年 月 日

振込先	金融機関名	本支店名	種別	口座番号
			普通 当座	
	フリガナ			
	口座名義人			

添付書類	①障害福祉サービス受給者証の写し ②所得証明書その他利用者負担助成額を算出するために必要な書類(課税台帳等によって確認することができるときは、省略できる。)
------	---

様式第2号(第6条関係)

第 号
年 月 日

小規模通所授産施設利用者負担助成承認(不承認)通知書

様

御殿場市長 印

年 月 日付で申請のありました小規模通所授産施設利用者負担助成について、次のとおり通知します。

承認の区分	承認 ・ 不承認
申請者氏名	
助成申請に係る障害児氏名	
通所施設名	
利用者負担助成額	利用者負担額に3分の1を乗じて得た額 (算定した額に100円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。)
適用期間	年 月 日から 年 月 日まで
不承認の場合の理由	

様式第3号(第7条関係)

小規模通所授産施設利用者負担助成請求書

御殿場市長 様

次のとおり関係書類を添えて小規模通所授産施設利用者負担助成を請求します。

請求日 年 月 日

請求金額	円	請求に係るサービス利用月	年 月分
------	---	--------------	------

フリガナ			
請求者氏名	印		
住所	〒	電話番号	
フリガナ		続柄	
助成申請に係る障害児氏名		生年月日	年 月 日

(添付書類)

小規模通所授産施設の発行する利用者負担額に係る請求書及び領収書の写し(必ず添付のこと。)

小規模通所授産施設利用者負担助成を次の口座に振り込んでください。

	金融機関名	本支店名	種別	口座番号
振込先			普通当座	
	フリガナ			
	口座名義人			

様式第 1 号 (第 5 条関係)

(一部改正〔平成 27 年告示 318 号・28 年 9 6 号〕)

様式第 2 号 (第 6 条関係)

(一部改正〔平成 28 年告示 96 号〕)

様式第 3 号 (第 7 条関係)