

浜松市障害者施設通所支援事業要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、自立した地域生活移行への支援の重点化を図るため、施設に通所している障がい者に対し交通費の一部を助成するための必要な事項を定める。

(用語の定義)

第2条 この要綱における用語の定義は、次の各号の定めるところによる。

- (1) 障がい者：身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のうち、いずれかの手帳を所持する者をいう。
- (2) 施設：生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型、就労継続支援B型、または地域活動支援センターをいう。
- (3) 通所：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第19条第1項に定める支給決定に基づき、当該支給決定サービスの提供を受けるために前号に定める施設に通うこと。
ただし、就労継続支援B型の支給決定サービスの利用に向けたアセスメント（就労アセスメント）を受けるために前号の就労移行支援を実施する施設に通うことを除く。

(対象者)

第3条 助成の対象者は、毎年度4月1日から第6条第1項の申請時まで引き続き市内に住所を有する障がい者であって、公共交通機関（バス・電車のみ）を利用して通所を行う者（以下「本人」という。）とする。ただし、次に掲げる者は対象外とする。

- (1) 障害者等に交付する外出支援助成券に関する規則（昭和49年浜松市規則第85号。）第3条第1項に基づく外出支援助成券の交付を受ける者
- (2) 施設より交通費の支給を受ける者
- (3) 施設より自宅と施設間の送迎サービスを受ける者
- (4) 生活保護法（昭和25年法律第144号。）による通所に対する移送費が支給されている者

(助成対象経費)

第4条 この要綱において、助成の対象となる経費は、本人が通所に要する交通費のうち、本人の主な居住地と施設との間で、経済性及び合理性並びに障がいの状況を考慮した経路にかかるものとする。

(助成金額の算出方法)

第5条 助成金額は、前条により算出した額に、実際に通所した回数に乗じて算出するものとし、助成金額の年度毎の上限額を7,000円とする。

(申請等)

第6条 本人が本要綱に基づき交通費の助成を受けようとするときは、通所する施設の長（以下「施設長」という。）による証明及び確認を受けた申請書・通所証明（第1号様式）に、

通所確認台帳（第2号様式）及び請求書（第3号様式）を添えて、第7条に定める期ごとに、市長に申請及び請求を行わなければならない。

2 本人は、委任状（第4号様式）により助成金の申請及び請求に関する権限を、施設長または代理人に委任できるものとする（以下、委任された者を「受任者」という。）。

（申請等の提出期限）

第7条 本人または受任者は、次の表の区分に従い、各期の終了日から、各請求書提出期限までに、第6条第1項（受任者による提出の場合は、同条第2項の書類を含む。）に定める書類を市長に提出しなければならない。

期別	請求対象期間	請求書提出期限
前半期	当該年度の4月1日から9月30日	当該年度の10月15日
後半期	当該年度の10月1日から3月31日	翌年度の4月15日

（申請等の審査）

第8条 市長は、前条の申請及び請求を受けたときは、その内容の審査を行い、助成の適否及び助成金額を決定するものとする。

（助成金の交付）

第9条 市長は、前条の審査の結果、助成が適当と認められた場合、請求書に指定された振込口座に対し前条で決定した助成金額を振り込むことで、助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第10条 市長は、偽りその他不正の手段により、助成金の交付を受けた者がいるときは、その全額もしくは一部を返還させることができる。

（調査）

第11条 市長は、助成金の交付について必要があると認めるときは、次の各号に掲げる事項について、調査を行うことができる。

- （1）本人の通所状況等の確認
- （2）施設長の事務処理状況の確認
- （3）受任者の事務処理状況の確認

（その他）

第12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31年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和元年10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

- 1 この要綱は、令和5年4月1日から施行する。
- 2 この要綱の施行の際現に従前の規定により調製した用紙がある場合は、なお当分の間使用することができる。

第1号様式（第6条関係）

浜松市障害者施設通所支援事業 申請書・通所証明

申請年月日： 年 月 日

（あて先）浜松市長

次のとおり障害者施設通所者交通費助成を受けたいので申請します。

（申請者氏名）

様式4号で申請を委任した場合は、委任された事業者又は代理人の名称

申請書

本人	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名				
	住所	〒			
電話番号					
身体障害者手帳	5級・6級	療育手帳	B2・B3	精神障害者保健福祉手帳	3級
「外出支援助成券の交付」の対象外となった者の記載事項		手帳種別	身体・療育・精神	障害等級	1級・2級・3級・4級 A・B1

通所証明

利用サービス名	受給者番号 (緑色:受給者証)		生活介護・自立訓練		
	就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型				
	受給者番号 (橙色:受給者証)		地域活動支援センター		
通所施設名					
施設所在地					
通所期間・交通費合計		年 月 日 ~ 年 月 日			円
通所方法		通所経路		交通費	備考
往路	バス・電車	~		円	
	バス・電車	~		円	
	バス・電車	~		円	
復路	バス・電車	~		円	
	バス・電車	~		円	
	バス・電車	~		円	
その他		生活保護法による通所に対する移送費が支給されていない			

本人は、上記のとおり本施設へバス・電車にて通所していることを証明します。

施設代表者名

（署名又は記名押印をしてください）

第2号様式（第6条関係）

浜松市障害者施設通所支援事業 通所確認台帳 【 前半期 ・ 後半期 】

本人	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			
通所施設名				

日 付	月	月	月	月	月	月
	金 額	金 額	金 額	金 額	金 額	金 額
1日	円	円	円	円	円	円
2日	円	円	円	円	円	円
3日	円	円	円	円	円	円
4日	円	円	円	円	円	円
5日	円	円	円	円	円	円
6日	円	円	円	円	円	円
7日	円	円	円	円	円	円
8日	円	円	円	円	円	円
9日	円	円	円	円	円	円
10日	円	円	円	円	円	円
11日	円	円	円	円	円	円
12日	円	円	円	円	円	円
13日	円	円	円	円	円	円
14日	円	円	円	円	円	円
15日	円	円	円	円	円	円
16日	円	円	円	円	円	円
17日	円	円	円	円	円	円
18日	円	円	円	円	円	円
19日	円	円	円	円	円	円
20日	円	円	円	円	円	円
21日	円	円	円	円	円	円
22日	円	円	円	円	円	円
23日	円	円	円	円	円	円
24日	円	円	円	円	円	円
25日	円	円	円	円	円	円
26日	円	円	円	円	円	円
27日	円	円	円	円	円	円
28日	円	円	円	円	円	円
29日	円	円	円	円	円	円
30日	円	円	円	円	円	円
31日	円	円	円	円	円	円
合計金額	円	円	円	円	円	円
回 数	回	回	回	回	回	回

合計金額（ 月～ 月） 円

本人は、上記のとおり本施設へバス・電車にて通所していることを確認しました。

施設代表者名

（署名又は記名押印をしてください）

第3号様式（第6条関係）

浜松市障害者施設通所支援事業 請求書

年 月 日

（あて先）浜松市長

本人が請求する場合

住所

氏名

事業者又は代理人（様式4号で請求を受任した場合のみ）

住所

通所施設名・施設代表者名／代理人氏名

次のとおり請求します。

請求金額		千	百	拾	円
金 額					

振込口座

口座振替払	銀行名	支店名	口座種別	口座番号
	銀行 金庫 農協	本店 支店 営業部 出張所	普通 当座	
口座名義人	フリガナ			

振込口座の銀行名・支店名が分かるもの（通帳の写し等）を添付してください。

様式4号で受領を委任した場合は、委任された方の口座情報をご記入ください。

第4号様式（第6条関係）

委 任 状

下記の者を受任者と定め、浜松市障害者施設通所支援事業の（申請・請求・受領）に関する権限を委任します。

年 月 日

甲（委任者） 本人

住所

氏名

乙（受任者） 事業者又は代理人

住所

通所施設名・施設代表者名 / 代理人氏名

該当サービスに

生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援A型・就労継続支援B型・地域活動支援センター
