

第3章 資料編

第3章 資料編

1 相談支援に関わる機関

①各区役所 地域福祉課

身体障害や知的障害のある方の窓口です。身体障害者手帳・療育手帳の交付や手当の給付、障害福祉 サービスや自立支援医療（更生医療）の申請などの各種福祉制度の受付や相談を行っています。また、聴覚障害者相談員を配置し、聴覚障害者の方に対して日常・社会生活上の各種相談に応じています。

※美原区については、精神障害、難病の障害福祉サービスも対象です。

名 称	所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺 区 地 域 福 祉 課	堺区南瓦町 3-1（市役所） 堺区役所内	228-7477 (F)228-7870	南海高野線 堺東駅
中 区 地 域 福 祉 課	中区深井沢町 2470-7 中区役所内	270-8195 (F)270-8103	南海泉北線 深井駅
東 区 地 域 福 祉 課	東区日置荘原寺町 195-1 東区役所内	287-8112 (F)287-8117	南海高野線 萩原天神駅
西 区 地 域 福 祉 課	西区鳳東町 6-600 西区役所内	275-1918 (F)275-1919	J R 阪和線 鳳駅 南海バス 西区役所前
南 区 地 域 福 祉 課	南区桃山台 1-1-1 南区役所内	290-1811 (F)290-1818	南海泉北線 梅・美木多駅
北 区 地 域 福 祉 課	北区新金岡町 5-1-4 北区役所内	258-6771 (F)258-6836	地下鉄御堂筋線 新金岡駅 南海バス 北区役所前
美 原 区 地 域 福 祉 課	美原区黒山 167-1 美原区役所内	341-0033 (F)362-0767	南海バス 美原区役所前 近鉄バス 美原区役所前

②各区役所 保健センター

精神障害のある方、難病の方の窓口です。精神障害者保健福祉手帳の交付や自立支援医療（精神通院）の申請、障害福祉サービスの申請や各種相談を行っています。精神保健福祉相談員がいます。

※美原区については、障害福祉サービスの申請、精神手帳の交付、自立支援医療（精神通院）は地域福祉課となります。

名 称	所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺 保 健 セ ン タ ー	堺区南瓦町 3 - 1	238-0123 (F) 227-1593	南海高野線 堺東駅
中 保 健 セ ン タ ー	中区深井沢町 2470-7 中区役所内	270-8100 (F) 270-8104	南海泉北線 深井駅
東 保 健 セ ン タ ー	東区日置荘原寺町 195-1 東区役所内	287-8120 (F) 287-8130	南海高野線 萩原天神駅
西 保 健 セ ン タ ー	西区鳳東町 6-600 西区役所内	271-2012 (F) 273-3646	J R 阪和線 鳳駅 南海バス 西区役所前
南 保 健 セ ン タ ー	南区桃山台 1-1-1 南区役所内	293-1222 (F) 296-2822	南海泉北線 梅・美木多駅
北 保 健 セ ン タ ー	北区新金岡町 5-1-4 北区役所内	258-6600 (F) 258-6614	地下鉄御堂筋線 新金岡駅 南海バス 北区役所前
美 原 保 健 セ ン タ ー	美原区黒山 782-11	362-8681 (F) 362-8676	南海バス 船戸下 近鉄バス 美原区役所前

③各区役所 子育て支援課

子育て支援の窓口として、子育てに関するいろいろな相談、自立支援医療（育成医療）の申請を受けています。また、家庭児童相談員を配置し、0～18歳未満の児童の養育に関する様々な問題について、訪問や相談指導を行っています。また、児童虐待やDV対応を行っています。障害福祉サービスの決定等は行っていません。

名 称	所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区子育て支援課	堺区南瓦町 3-1（市役所） 堺区役所内	222-4800 (F) 222-4801	南海高野線 堺東駅
中区子育て支援課	中区深井沢町 2470-7 中区役所内	270-0550 (F) 270-8196	南海泉北線 深井駅
東区子育て支援課	東区日置荘原寺町 195-1 東区役所内	287-8198 (F) 286-6500	南海高野線 萩原天神駅
西区子育て支援課	西区鳳東町 6-600 西区役所内	343-5020 (F) 343-5025	J R 阪和線 鳳駅 南海バス 西区役所前
南区子育て支援課	南区桃山台 1-1-1 南区役所内	290-1744 (F) 296-2822	南海泉北線 梅美木多駅
北区子育て支援課	北区新金岡町 5-1-4 北区役所内	258-6621 (F) 258-6883	地下鉄御堂筋線 新金岡駅 南海バス 北区役所前
美原区子育て支援課	美原区黒山 167-1 美原区役所内	341-6411 (F) 341-0611	南海バス 美原区役所前 近鉄バス 美原区役所前

④区障害者基幹相談支援センター

各区役所内に設置しており、障害種別や年齢を問わず、公平・中立的な立場で、総合的かつ専門的に対応できるワンストップ相談窓口です。区域の中核として、地域の事業所や区役所窓口等と連携し、相談支援の質の向上などに取り組みます。

相談全般、区障害者自立支援協議会の運営、地域の相談支援事業所の連携（連絡会の開催）や助言、入所施設及び精神科病院から地域生活への移行に関する支援、虐待防止等の権利擁護に関することなどを 行っています。

名 称	所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区 障害者基幹相談支援センター	堺区南瓦町3-1 (堺市役所本館2階)	224-8166 (F) 224-4400	南海高野線 堺東駅
中区 障害者基幹相談支援センター	中区深井沢町2470-7 (中区役所1階)	278-8166 (F) 278-4400	南海泉北線 深井駅
東区 障害者基幹相談支援センター	東区日置荘原寺町195-1 (東区役所1階)	285-6666 (F) 287-6767	南海高野線 萩原天神駅
西区 障害者基幹相談支援センター	西区鳳東町6-600 (西区役所4階)	271-6677 (F) 274-7700	J R 阪和線 鳳駅 南海バス 西区役所前
南区 障害者基幹相談支援センター	南区桃山台1-1-1 (南区役所2階)	295-8166 (F) 298-0044	南海泉北線 梅・美木多駅
北区 障害者基幹相談支援センター	北区新金岡町5-1-4 (北区役所3階)	251-8166 (F) 250-8800	地下鉄御堂筋線 新金岡駅 南海バス 北区役所前
美原区 障害者基幹相談支援センター	美原区黒山167-9 (美原区役所別館2階)	361-1883 (F) 361-4444	南海バス 美原区役所前 近鉄バス 美原区役所前

⑤障害施策推進課

本庁にあります。

企画相談係では、相談支援の施策や相談支援従事者研修に関する事、地域移行に関する事などの事務を行っています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区南瓦町 3-1 堺市役所内	228-7818 (F) 228-8918	南海高野線 堺東駅

⑥障害支援課

本庁にあります。

障害児・発達障害支援係では、障害児及び発達障害者（児）の施策などの事務を行っています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区南瓦町 3-1 堺市役所内	228-7411 (F) 228-8918	南海高野線 堺東駅

⑦障害福祉サービス課

本庁にあります。

認定給付係では、障害福祉サービスや障害児通所等の請求の審査支払に関する事、障害支援区分認定審査会の運営に関する事の事務を行っています。事業者係では、障害福祉サービス事業者や障害児支援事業者の指定・指導を行っています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区南瓦町 3-1 堺市役所内	228-7510 (F) 228-8918	南海高野線 堺東駅

⑧子ども相談所

健康福祉プラザ、三国ヶ丘庁舎（分室）にあります。

障害児についての相談、入所施設利用の手続き・支給決定、療育手帳の判定を行っています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区旭ヶ丘中町 4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ 3 階)	245-9197 (F) 241-0088	JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ
北区百舌鳥赤畑町 1-3-1 (堺市三国ヶ丘庁舎 4 階)	259-2600 (F) 259-1900	JR 阪和線 南海高野線 三国ヶ丘駅西出口 より南西へ 0.1km 南海バス 三国ヶ丘駅前バス停下車すぐ

⑨こころの健康センター

健康福祉プラザ内にあります。

精神保健福祉に関する専門機関です。「ひきこもり」「薬物依存」「自死遺族」についての専門相談を行っています。また、精神保健福祉に関する研修を行っています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区旭ヶ丘中町 4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ 3 階)	245-9192 (F) 241-0005 こころの電話相談 243-5500 ひきこもり相談電話 241-0880	JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ

⑩障害者更生相談所

健康福祉プラザ内にあります。2次相談機関の役割があります。

身体障害者更生相談所と知的障害者更生相談所が併設された行政機関です。

障害者の自立と社会参加をすすめるために、医師・ケースワーカー・心理判定員などが専門的な立場から相談を受け、必要に応じて医学的、心理学的及び職能的判定を行っています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区旭ヶ丘中町 4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ 3 階)	245-9195 (F) 244-3300	JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ

⑪総合相談情報センター

健康福祉プラザ内に設置し、専門相談機関との連携により、区障害者基幹相談支援センター等への技術支援等、総合的な相談や支援を実施しています。また、情報拠点として、障害者福祉に関する情報の収集と情報発信をします。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区旭ヶ丘中町 4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ 1 階)	275-8166 (F) 244-7777	JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ

⑫発達障害者支援センター

健康福祉プラザ内に設置し、発達障害に関する支援の拠点として、ご本人やご家族、関係機関職員等からの相談や情報提供、啓発研修等を行っています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区旭ヶ丘中町 4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ 3 階)	275-8506 (F) 275-8507	JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ

⑬難病患者支援センター

情報交換等を行う拠点として、健康福祉プラザに開設しています。難病患者の社会参加の実現や生活の質の向上が図れるよう、学習会や医療相談会、交流会、就労相談、仲間相談事業などに取り組んでいます。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区旭ヶ丘中町 4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ 4 階)	275-5056 (F) 275-5038	JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ

⑭生活・リハビリテーションセンター

健康福祉プラザ内に設置し、障害者に対する各種機能訓練・生活訓練、高次脳機能障害に関する相談支援、情報提供、普及啓発などを行っています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区旭ヶ丘中町 4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ 4 階)	275-5019 (F)243-0202	JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ

⑮障害者就業・生活支援センター エマリス堺・エマリス南

就職を希望している障害者からの相談に応じ、職業準備訓練や職場実習等のあっせん、日常生活上の問題についての助言・指導を行います。また、就労している障害者の方を対象に、家庭や職場を訪問し、安定した職業生活を送れるよう職場定着支援も行います。

名 称	所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
障害者就業・生活支援センター エマリス堺	堺区旭ヶ丘中町4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ4階)	275-8162 (F)275-8163	JR阪和線 百舌鳥駅より西へ1.4km JR阪和線 上野芝駅より北西へ1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ
障害者就業・生活支援センター エマリス南	南区桃山台1-1-1 (南区役所2階)	292-1826 (F)291-1252	南海泉北線 梅・美木多駅

⑯視覚・聴覚障害者センター

健康福祉プラザ内に設置し、視覚・聴覚障害者に対する録音図書・字幕入りビデオ等の貸出、ボランティア養成・育成、コミュニケーション支援などを行っています。また、視覚・聴覚障害者及びその家族などからの各種相談を専門相談員がお受けしています。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区旭ヶ丘中町 4-3-1 (堺市立健康福祉プラザ 2 階)	275-5024 (F)243-2222	JR 阪和線 百舌鳥駅より西へ 1.4km JR 阪和線 上野芝駅より北西へ 1.3 km 南海バス 旭ヶ丘バス停下車すぐ

⑰権利擁護サポートセンター

認知症や知的障害、精神障害などにより判断能力が十分でない方などの権利侵害や財産管理に関する法律的な問題、成年後見制度の利用などの相談・支援を行います。

また、高齢者・障害者相談機関、その他事業所など関係機関・団体に対して相談対応・支援を行います。相談は無料です。

所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
堺区南瓦町 2-1 (総合福祉会館内)	225-5655 (F)222-5878	南海高野線 堺東駅

⑱児童発達支援センター

障害のある児童を対象に、児童発達支援、保育所等訪問支援や障害児相談支援を行うとともに、障害のある児童や発達に不安のある児童及びその保護者を対象に障害児等療育支援事業や療育相談等を実施します。

また、本市における障害児支援の中核的な支援機関として、地域の保育所、学校、障害児通所支援事業所等に対し、専門的な知識・技術に基づく支援を行います。

名 称	所 在 地	電話／FAX	交 通 機 関
もず園	西区上野芝町2-4-1 (北こどもリハビリテーションセンター内)	279-0500 (F)270-2126	JR阪和線 上野芝駅
つぼみ園	南区城山台5-1-4 (南こどもリハビリテーションセンター内)	299-2031 (F)299-2100	南海泉北線 光明池駅

⑲堺市障害者相談支援専門員協会（任意団体）

堺市障害者相談支援専門員協会では、障害のある方が堺という地域において自分らしく暮らすことを支援するとともに、一人でも多くの相談支援専門員に共に支えあうネットワークと相互研鑽の機会を作ることなどを目的として、平成24年4月に設立されました。

定期的に研修会や事例発表、勉強会等を開催しており、相談技術の向上、相談支援専門員同士の情報共有やつながりづくりをしています。

会員資格のある方は、相談支援専門員（指定特定・障害児・一般相談支援事業所、障害者基幹相談支援センター）や、障害のある方の相談支援業務に携わる方です。

お問合せ：sakai.soudanshien@gmail.com

2 障害福祉サービス及び相談支援のサービスの名称と内容

種類		サービスの名称	内容	支給決定 期間	受給者証
介護給付	訪問系	(1) 居宅介護	居宅での入浴、排せつ又は食事の介護または調理、洗濯、掃除などを行う。（身体介護・家事援助・通院等介助・通院等乗降介助）	1 年	水色
		(2) 重度訪問介護	重度の肢体不自由者や行動障害により常時介護を要する方の居宅での入浴、排せつ又は食事の介護、外出時の移動介護を行う。	1 年	
		(3) 同行援護	視覚障害により、移動に著しい困難を有する人の外出時の移動に同行、必要な情報の提供及び必要な支援を行う。	1 年	
		(4) 行動援護	知的障害又は精神障害により行動が困難で常に介護が必要な方に、行動する際の介助を行う。	1 年	
		(5) 重度障害者等 包括支援	常時介護を要し、その必要の程度が著しく高い方への、居宅介護その他サービスの包括的なサービス提供を行う。	1 年	
		(6) 短期入所	自宅で介護する方が病気の場合などに、短期間、夜間も含め、施設で入浴、排せつ、食事介護などを行う。	1 年	
	日中活動系	(7) 生活介護	常時介護を要する方に、主に昼間、入浴や排せつ、食事介護を行うとともに、創作的活動又は生産活動の機会提供を行う。	3 年	
		(8) 療養介護	医療と常時介護を必要とする方に、昼間、医療機関で機能訓練や療養上の管理、看護、介護及び日常生活の世話などを行う。	3 年	
	居住	(9) 施設入所支援	施設に入所する方に、主に夜間、入浴、排せつ又は食事介護などを行う。	3 年	
訓練等給付	日中活動系	(10)自立訓練 （機能訓練・生活 訓練）	自立した生活又は社会生活を営むことができるよう、身体機能又は生活能力の向上のために必要な訓練を行う。	1 年	水色 ・ 若竹色
		(11)就労移行支援	就労を希望する方に、就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練を行う。	1 年 ※ 1	
		(12)就労継続支援 （A 型・B 型）	雇用が困難な人への就労機会の提供と、生活活動などを通じて知識・能力の向上のために必要な訓練を行う。	3 年 ※ 3	
		(13)就労定着支援	就労移行支援等の利用後に一般就労へ移行した方に、就職後の生活リズム、家計や体調の管理などに関する連絡調整や指導・助言の支援を行う。	1 年	
	居住系	(14)共同生活援助 （グループホーム）	共同生活をする住居で、主に夜間、入浴、排せつ、食事介護や相談その他の日常生活上の援助を行う。	3 年 ※ 2	
		(15)自立生活援助	障害者支援施設等の利用後に一人暮らしを希望する方に、定期的な訪問を行い必要な助言や医療機関との連絡調整を行う。	1 年	
(16)計画相談支援			障害福祉サービスの申請・変更申請、若しくは地域相談支援の申請に係る障害者について、心身の状況や環境、サービス利用に関する意向等を勘案し、「サービス等利用計画（案）」を作成、支給決定後、各関係事業者等と調整の上、「サービス等利用計画」を作成する（サービス利用支援）。又、定期的にサービス等利用計画の見直しを行い、必要に応じて各関係者との連絡調整や当該障害者への申請勧奨等を行う（継続サービス利用支援）。	利用 サービス による	
地域 相談 支援	(17)地域移行支援	主に長期に障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。	6ヶ月	若竹色	
	(18)地域定着支援	居宅において単身等で生活する障害者につき、常時の連絡体制を確保し、障害者の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う。	1 年	若竹色	

- ※ 1 養成施設の場合、養成課程の年数（3 年又は 5 年）に応じて、支給決定の有効期間を定める。
- ※ 2 体験利用を行う場合に限り「1 年」。（報酬告示により年 50 日以内の利用制限）
- ※ 3 就労継続支援 B 型において、支給決定時に 50 歳未満の者に限り「1 年」。

障害福祉サービス、計画相談支援又は地域相談支援の種類、内容及び対象者の要件は、以下のとおりである。

※各サービスの対象者の障害支援区分等の要件は、施行規則、報酬告示等において定めている。

※□の枠で囲っている内容は、国の事務処理要領に堺市が追加したものである。

(1) 居宅介護

ア サービスの内容（法第 5 条第 2 項）

障害者等につき、居宅において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を行う。

イ 対象者

障害支援区分が区分 1 以上（障害児にあつてはこれに相当する支援の度合）である者。ただし、通院等介助（身体介護を伴う場合）を算定する場合にあつては、下記のいずれにも該当する者

- ① 区分 2 以上に該当していること。
- ② 障害支援区分の認定調査項目のうち、それぞれ(ア)から(オ)までに掲げる状態のいずれか一つ以上に認定されていること。
 - (ア)「歩行」「全面的な支援が必要」
 - (イ)「移乗」「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
 - (ウ)「移動」「見守り等の支援が必要」、「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
 - (エ)「排尿」「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」
 - (オ)「排便」「部分的な支援が必要」又は「全面的な支援が必要」

◆ 居宅介護には以下の 5 種類の類型がある。

- 身体介護中心：入浴、排せつ及び食事等の介護が中心
- 家事援助中心：調理、洗濯及び掃除等の家事が中心
- 通院等介助（身体介護を伴う場合）中心：通院等の付き添い介助が中心
- 通院等介助（身体介護を伴わない場合）中心：通院等の付き添い介助が中心
- 通院等乗降介助中心：通院等のためヘルパーが運転する車両（介護タクシー等）への乗車又は降車の介助、通院先での受診等の手続、移動等の介助が中心

◆ 通院等介助については、通院に加え、公的手続又は相談のための官公署・相談支援事業所等への外出や、指定事業所への見学も対象。

院内介助については、基本的には院内のスタッフにより対応されるべきものであるが、介護保険と同様に、個別の事情に応じて必要性を判断すること。

個別の事情に応じて院内介助を認めた場合でも、診察中については原則算定不可。ただしヘルパーが対応しなければならないような例外的な状態であれば、必要性に応じて算定可能。

いずれの場合も、その必要性について計画案に位置付けられていることを確認した上で、例外的に認める理由を記録に残すこと。

◆ 定期的な通院の付添いについては、通院等介助を利用のこと。

通院等介助について、「自宅→病院」もしくは「病院→自宅」のみの片道利用は可能。ただし、通所系の事業所を経由する場合、「通所系の事業所→病院等→自宅」のうち、「病院等→自宅」の算定がある場合のみ、「通所系の事業所→病院等」の算定を可能とする。

※始点又は終点のどちらかが居宅であり、かつ同一居宅介護事業所が対応する場合に限る。

◆ 2人介護の要件

- 身体的理由により1人のヘルパーでは介護が困難なもの
- 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等がある場合

※重度訪問介護・同行援護・行動援護についても同様とする。

＊精神障害者の方への複合援助について

堺市では、精神障害者の居宅介護について、安定し自立した生活を送れるよう買い物、調理、洗濯、掃除などをホームヘルパーと一緒にいうという支給決定を行っています。これを「複合援助」と呼んでいます。ヘルパーは家事と一緒にいえるよう、促しながら支援を行います。この場合、「身体介護」と「家事援助」を同時に行うサービスとして、「身体介護」「家事援助」を概ね半々で支給量を決定しています。

(2) 重度訪問介護

ア サービスの内容（法第5条第3項）

重度の肢体不自由者又は重度の知的障害若しくは精神障害により行動上著しい困難を有する障害者であって常時介護を要する障害者につき、居宅において入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助並びに外出時における移動中の介護を総合的に行うとともに、病院、診療所、助産所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院又は入所している障害者に対して、意志疎通の支援の支援その他の必要な支援を行う。

イ 対象者

障害支援区分が区分4以上（病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院又は助産所に入院又は入所中の障害者がコミュニケーション支援等のために利用する場合においても区分4以上）であって、次の（ア）又は（イ）のいずれかに該当する者

（ア） 次の（一）及び（二）のいずれにも該当していること。

（一） 二肢以上に麻痺等があること

（二） 障害支援区分の認定調査項目のうち「歩行」「移乗」「排尿」「排便」のいずれも「支援が不要」以外と認定されていること

（イ） 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が、10点以上である者。ただし、現行の日常生活支援の利用者のサービス水準の激変緩和を図る観点から、以下の経過措置を設ける。

平成18年9月末日現在において日常生活支援の支給決定を受けている者であって、上記の対象者要件に該当しない者のうち、次の①及び②のいずれにも該当している者については、当該者の障害支援区分の有効期間に限り、重度訪問介護の対象とする。

①障害支援区分が区分3以上

②日常生活支援及び外出介護の月の支給決定時間の合計が125時間を超える者

なお、重度訪問介護サービス費の加算対象者については、それぞれ下記の要件を満たす者とする。

① 100分の8.5 区分6に該当する者

② 100分の15 ①に該当する者であって、重度障害者等包括支援の対象者となる者

- ◆ 重度訪問介護には「外出時における移動中の介護」が含まれるため、堺市では、市町村地域生活支援事業に位置づけられている「移動支援事業」（ガイドヘルプサービス）との併用は認めていない。
- ◆ 宿泊を伴う利用は、移動支援と同様に計画書を提出の上、一日あたり8時間を上限とする。
- ◆ 15%加算は「①に該当する者」とあるため、「②」の行動障害の対象者は15%加算対象とならないので注意すること。

(3) 同行援護

ア サービスの内容（法第 5 条第 4 項）

視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等につき、外出時において、当該障害者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の当該障害者等が外出する際の必要な援助を行う。

イ 対象者

①同行援護アセスメント調査票による、調査項目中「視力障害」、「視野障害」及び「夜盲」のいずれかが 1 点以上であり、かつ、「移動障害」の点数が 1 点以上の者。（表 1 参照）

※障害支援区分の認定を必要としないものとする。

なお、同行援護サービス費の加算対象者については、それぞれ下記の要件を満たす者とする。

①100 分の 20 区分 3 に該当する者（障害児にあってはこれに相当する支援の度合い）

②100 分の 40 区分 4 以上に該当する者（障害児にあってはこれに相当する支援の度合い）

③100 分の 25 盲ろう者（対象者であり、聴覚障害 6 休に相当する者。なお、盲ろう者向け通訳・介助員が支援した場合のみ算定できる。）

※①及び③又は、②及び③の要件を満たす者は、それぞれの加算を算定できる。

同行援護のアセスメント調査票（表１）

	調査項目	0 点	1 点	2 点	特記事項	備考
視力障害	視力	1. 普通(日常生活に支障がない。	2. 約 1m離れた視力確認表の図は見るができるが、目の前に置いた場合は見るができない。 3. 目の前においた視力確認表の図は見ることはできるが、遠ざかるとみることができない。	4. ほとんど見えない。 5. 見えているのが判断不能である。		矯正視力による測定とする。
視野障害	視野	1. 視野障害がない 2. 視野障害の 1 点又は 2 点の事項に該当しない。	3. 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内であり、かつ、両眼による視野について視能率による損失率が 90%以上である。	4. 両眼の視野がそれぞれ 10 度以内であり、かつ、両眼による視野について視能率による損失率が 95%以上である。	視力障害の 1 点又は 2 点の事項に該当せず、視野に障害がある場合に評価する。	
夜盲	網膜色素変性症等による夜盲症	1. 網膜色素変性症等による夜盲等がない。 2. 夜盲の 1 点の事項に該当しない。	3. 暗い場所や夜間等の移動の際、慣れた場所以外では歩行できない程度の視野、視力等の能力低下がある。	－	視力障害又は視野障害の 1 点又は 2 点の事項に該当せず、夜盲等の症状により移動に著しく困難を来したものである場合に評価する。 必要に応じて医師意見書を添付する。	人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能な場合に「歩行できる」と判断する。
移動障害	盲人安全つえ（又は盲導犬）の使用による単独歩行	1. 慣れていない場所であっても歩行ができる。	2. 慣れた場所での歩行のみできる。	3. 慣れた場所であっても歩行ができない。	夜盲による移動障害の場合は、夜間や照明が不十分な場所等を想定したものである。	人的支援なしに、視覚情報により単独歩行が可能な場合に「歩行できる」と判断する。

注 1 「夜盲症」の「等」については、網膜色素変性症、錐体ジストロフィー、白子症等による「過度の差明」をいう。

注 2 「歩行」については、車いす等による移動手段を含む。

（視力確認表：A4 版）



(4) 行動援護

ア サービスの内容（法第 5 条第 5 項）

知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有する障害者等であって常時介護を要するものにつき、当該障害者等が行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護、外出時における移動中の介護、排せつ及び食事等の介護その他の当該障害者等が行動する際の必要な援助を行う。

イ 対象者

障害支援区分が区分 3 以上であって、障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目（12 項目）等の合計点数が 10 点以上（障害児にあってはこれに相当する心身の状態）である者（表 2 参照）

◆ 行動援護、重度障害者等包括支援のⅢ類型及び施設入所支援の重度障害者支援加算（知的）についても下表を用いる。該当は 10 点以上

重度訪問介護、行動援護及び重度障害者等包括支援の判定基準票（表 2）

行動関連項目	0 点			1 点		2 点	
コミュニケーション	日常生活に支障がない			特定の者	会話以外の方法	独自の方法	コミュニケーションできない
説明の理解	理解できる			理解できない		理解できているが判断できない	
大声・奇声を出す。	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要		ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要	
異食行動	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要		ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要	
多動・行動停止	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要		ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要	
不安定な行動	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要		ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要	
自らを傷つける行動	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要		ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要	
他人を傷つける行動	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要		ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要	

不適切な行為	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要
突発的な行動	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要
過食・反すう等	支援が不要	希に支援が必要	月に 1 回以上	週 1 回以上の支援が必要	ほぼ毎日(週 5 日以上)の支援が必要
てんかん	年 1 回以上			月に 1 回以上	週 1 回以上

(5) 療養介護

ア サービスの内容（法第 5 条第 6 項）

病院において機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、日常生活上の世話その他必要な医療を要する障害者であって常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話を行う。また、療養介護のうち医療に係るものを療養介護医療として提供する。

イ 対象者

病院等への長期の入院による医療的ケアに加え、常時の介護を必要とする障害者として次に掲げる者

- ① 筋萎縮性側索硬化症（ALS）患者等気管切開を伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者であって、障害支援区分が区分 6 の者
- ② 筋ジストロフィー患者又は重症心身障害者であって、障害支援区分が区分 5 以上の者

◆ 在宅生活者の日中のみの利用は不可。

(6) 生活介護

ア サービスの内容（法第 5 条第 7 項）

障害者支援施設その他の以下に掲げる便宜を適切に供与することができる施設において、入浴、排せつ及び食事等の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他必要な援助を要する障害者であって、常時介護を要するものにつき、主として昼間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行う。

イ 対象者

地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な者として次に掲げる者

- ① 障害支援区分が区分 3（障害者支援施設に入所する場合は区分 4）以上である者
- ② 年齢が 50 歳以上の場合は、障害支援区分が区分 2（障害者支援施設に入所する場合は区分 3）以上である者
- ③ 障害者支援施設に入所する者であって障害支援区分 4（50 歳以上の場合は障害支援区分 3）よ

り低い者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続きを経た上で、市町村が利用の組み合わせの必要性を認めた者

※③の者のうち以下の者（以下、「新規の入所希望者以外の者」という。）については、原則、平成 24 年 4 月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、生活介護の利用を認めて差し支えない。

- ・法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
- ・法施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者
- ・平成 24 年 4 月の児童福祉法改正の施行の際に障害児施設（指定医療機関を含む）に入所している者

(7) 短期入所

ア サービスの内容（法第 5 条第 8 項）

居宅においてその介護を行う者の疾病その他の理由により、障害者支援施設、児童福祉施設その他の以下に掲げる便宜を適切に行うことができる施設への短期間の入所を必要とする障害者等につき、当該施設に短期間の入所をさせ、入浴、排せつ及び食事の介護その他の必要な支援を行う。

イ 対象者

- ① 障害支援区分が区分 1 以上である障害者
- ② 障害児に必要とされる支援の度合に応じて主務大臣が定める区分における区分 1 以上に該当する障害児

(8) 重度障害者等包括支援

ア サービスの内容（法第 5 条第 9 項）

常時介護を要する障害者等であって、意思疎通を図ることに著しい支障があるもののうち、四肢の麻痺及び寝たきりの状態にあるもの並びに知的障害又は精神障害により行動上著しい困難を有するものにつき、居宅介護、重度訪問介護、同行援護、行動援護、生活介護、短期入所、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、就労定着支援、自立生活援助及び共同生活援助を包括的に提供する。

イ 対象者

障害支援区分が区分 6（障害児にあつては区分 6 に相当する支援の度合）に該当する者のうち、意思疎通に著しい困難を有する者であって、以下のいずれかに該当する者

類 型		状態像
重度訪問介護の対象であって、四肢すべてに麻痺等があり、寝たきり状態にある障害者のうち、右のいずれかに該当する者	人工呼吸器による呼吸管理を行っている身体障害者 I 類型	・筋ジストロフィー ・脊椎損傷 ・A L S ・遷延性意識障害 等
	最重度知的障害者 II 類型	・重症心身障害者 等
障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目（12 項目）等の合計点数が 10 点以上である者 III 類型		・強度行動障害 等

I 類型

- (1) 障害支援区分 6 の「重度訪問介護」対象者であって
- (2) 医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」において、いずれも「ある」に認定(軽、中、重のいずれかにチェックされていること)
なお、医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。
- (3) 認定調査項目「1 群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定
- (4) 認定調査項目「10 群 特別な医療 レスピレーター」において「ある」と認定
- (5) 認定調査項目「6 群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定

II 類型

- (1) 概況調査において知的障害の程度が「最重度」と確認
- (2) 障害支援区分 6 の「重度訪問介護」対象者であって
- (3) 医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(3)麻痺」における「左上肢 右上肢 左下肢 右下肢」においていずれも「ある」に認定(軽、中、重のいずれかにチェックされていること)
なお、医師意見書の「2. 身体の状態に関する意見」中の「(2)四肢欠損」、「(4)筋力の低下」、「(5)関節の拘縮」は「麻痺」に準ずる取扱いとする。
- (4) 認定調査項目「1 群 起居動作 寝返り」において「全面的な支援が必要」と認定
- (5) 認定調査項目「6 群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定

III 類型

- (1) 障害支援区分 6 の「行動援護」対象者であって
- (2) 認定調査項目「6 群 認知機能 コミュニケーション」において「日常生活に支障がない」以外に認定
- (3) 障害支援区分の認定調査項目のうち、行動関連項目等(12 項目)の合計点数が 10 点以上(障害児にあってはこれに相当する支援の度合)である者(表 2 参照)

(9) 施設入所支援

ア サービスの内容(法第 5 条第 10 項)

その施設に入所する障害者につき、主として夜間において、入浴、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援を行う。

イ 対象者

- ① 生活介護を受けている者であって障害支援区分が区分 4(50 歳以上の者にあつては区分 3)以上である者
- ② 自立訓練又は就労移行支援(以下この②において「訓練等」という。)を受けている者であつて、入所させながら訓練等を実施することが必要かつ効果的であると認められるもの又は地域における障害福祉サービスの提供体制の状況その他やむを得ない事情により、通所によって訓練等を受けることが困難なもの
- ③ 生活介護を受けている者であつて障害支援区分 4(50 歳以上の場合は障害支援区分 3)より低い者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の手続きを経た上で、市町村が利用の組み合わせの必要性を認めた者
- ④ 就労継続支援 B 型を受けている者のうち、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の

作成の手続きを経た上で、市町村が利用の組み合わせの必要性を認めた者

※ ③又は④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、平成 24 年 4 月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、施設入所支援の利用を認めて差し支えない。

- ・ 法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
- ・ 法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者
- ・ 平成 24 年 4 月の児童福祉法改正の施行の際に障害児施設（指定医療機関を含む）に入所している者

※ 障害者支援施設及びのぞみの園が行う施設障害福祉サービス（法第 5 条第 1 項に規定する施設障害福祉サービスをいう。以下同じ。）は、施設入所支援のほか、生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援 B 型とする。

(10) 自立訓練（機能訓練）

ア サービスの内容（法第 5 条第 12 項）

障害者につき、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問して行う理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【標準利用期間：1 年 6 ヶ月間（頸部損傷による四肢麻痺その他これに類する状態の場合、3 年間）】

* 標準利用期間とは？

自立訓練等のサービスについては、サービスの長期化を回避するため標準利用期間が設定されています。標準利用期間が設定されているサービスについては、支給決定機関は 1 年間までとなり、1 年間の利用期間では十分な成果が得られず、かつ引き続きサービスを提供することによる改善効果が具体的に見込まれる場合には、標準利用期間の範囲内で 1 年ごとに支給決定期間の更新が可能です。

イ 対象者

地域生活を営む上で、身体機能・生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行等を図る上で、身体的リハビリテーションの継続や身体機能の維持・回復などの支援が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者であって、地域生活を営む上で、身体機能の維持・回復などの支援が必要な者 等

(11) 自立訓練（生活訓練）

ア サービスの内容（法第 5 条第 12 項）

障害者につき、障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障害者の居宅を訪問して行う入浴、排せつ及び食事等に関する自立した日常生活を営むために必要な訓練、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【標準利用期間：2 年間（長期入院していた又はこれに類する事由がある場合、3 年間）

イ 対象者

地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上等のため、一定の支援が必要な障害者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 入所施設・病院を退所・退院した者であって、地域生活への移行を図る上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者
- ② 特別支援学校を卒業した者、継続した通院により症状が安定している者等であって、地域生活を営む上で、生活能力の維持・向上などの支援が必要な者等

(12) 宿泊型自立訓練

ア サービスの内容（法第 5 条第 12 項）

障害者につき、居室その他の設備を利用させるとともに、家事等の日常生活能力を向上させるための支援、生活等に関する相談及び助言その他の必要な支援を行う。

【標準利用期間：2 年間（長期入院していた又はこれに類する事由がある場合、3 年間）

イ 対象者

上記（11）「自立訓練（生活訓練）」のイに掲げる者のうち、日中、一般就労や障害福祉サービスを利用している者等であって、地域移行に向けて一定期間、居住の場を提供して帰宅後における生活能力等の維持・向上のための訓練その他の支援が必要な知的障害者・精神障害者。

(13) 就労移行支援

ア サービスの内容（法第 5 条第 13 項）

就労を希望する 65 歳未満の障害者若しくは 65 歳以上の障害者（65 歳に達する前 5 年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65 歳に達する前日において就労移行支援に係る支給決定を受けていた障害者に限る。）であって、通常の事業所に雇用されることが可能と見込まれるもの又は通常の事業所に雇用されている 65 歳未満の者若しくは 65 歳以上の者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするものにつき、生産活動、職場体験その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練、求職活動に関する支援、その適性に応じた職場の開拓、就職後における職場への定着のために必要な相談その他の必要な支援を行う。

【標準利用期間：2 年間（あん摩マッサージ指圧師、はり師又はきゅう師の資格取得を目的とする養成施設利用の場合、3 年間または 5 年間）

イ 対象者

- ① 就労を希望する者であって、単独で就労することが困難であるため、就労に必要な知識及び技術の習得若しくは就労先の紹介その他の支援が必要な 65 歳未満の者又は 65 歳以上の者
- ② あん摩マッサージ指圧師免許、はり師免許又はきゅう師免許を取得することにより、65 歳以上の者を含む就労を希望する者
- ③ 通常の事業所に雇用されている 65 歳未満の者若しくは 65 歳以上の者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするもの

※ただし、65 歳以上の者は、65 歳に達する前 5 年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65 歳に達する前日において就労移行支援に係る支給決定を受けていた者に限る。

(14) 就労継続支援 A 型

ア サービスの内容（法第 5 条第 14 項）

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち適切な支援により雇用契約等に基づき就労する者又は通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とするものにつき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

イ 対象者

企業等に就労することが困難な者であって、雇用契約に基づき、継続的に就労することが可能な 65 才未満の者又は 65 歳以上の者（65 歳に達する前 5 年間（入院その他やむを得ない事由により障害福祉サービスに係る支給決定を受けていなかった期間を除く。）引き続き障害福祉サービスに係る支給決定を受けていたものであって、65 歳に達する前日において就労継続支援 A 型に係る支給決定を受けていた者に限る。））。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 就労移行支援事業を利用したが、企業等の雇用に結びつかなかった者
- ② 特別支援学校を卒業して就職活動を行ったが、企業等の雇用に結びつかなかった者
- ③ 企業等を離職した者等就労経験のある者で、現に雇用関係がない者
- ④ 通常の事業所に雇用された後に、労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者

ウ 特例

(ア) 特例の考え方

法においては、障害者の一般就労を進める観点から、就労継続支援 A 型事業を創設し、福祉における雇用の場の拡大をめざしているところである。一方、障害者によっては直ちに雇用契約を結ぶことは難しいが、将来的には雇用関係へ移行することが期待できる者も多いことから、就労継続支援事業 A 型においては、(イ)の要件により雇用によらない者の利用を可能とし、雇用関係への移行を進める。

(イ) 要件

- ① 雇用契約を締結する利用者に係る利用定員の数が 10 人以上であること。
- ② 雇用契約を締結しない利用者に係る利用定員の数が、利用定員の半数及び 9 人を超えることができないこと。
- ③ 雇用契約を締結する利用者と雇用契約を締結しない利用者の作業場所、及び作業内容を明確に区分すること（別棟であることや、施設の別の場所で別の作業を実施していること、勤務表、シフト表は別々に管理すること、誰が見ても明確に区分されている状態であること）。

(15) 就労継続支援 B 型

ア サービスの内容（法第 5 条第 14 項）

通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち通常の事業所に雇用されていた障害者であってその年齢、心身の状態その他の事情により引き続き当該事業所に雇用されることが困難となった者、就労移行支援によっても通常の事業所に雇用されるに至らなかった者その他の通常の事業所に雇用されることが困難な者又は通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要なものにつき、生産活動その他の活動の機会の提供その他の就労に必要な知識及び能力の向上のために必要な訓練その他の必要な支援を行う。

イ 対象者

就労移行支援事業等を利用したが一般企業等の雇用に結びつかない者や、一定年齢に達している者などであって、就労の機会等を通じ、生産活動にかかる知識及び能力の向上や維持が期待される者又は通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長若しくは休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要なもの。具体的には次のような事が挙げられる。

① 就労経験がある者であって、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者

◆ 何らかの就労経験がある者（離職者）であれば、手帳取得の時期にかかわらず、対象として差し支えない。

② 50 歳に達している者又は障害基礎年金 1 級受給者

③ ①及び②のいずれにも該当しない者であって、就労移行支援事業者等によるアセスメントにより、就労面に係る課題等の把握が行われている本事業の利用希望者

④ 障害者支援施設に入所する者については、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案の作成の経路を経た上で、市町村が利用の組合せの必要性を認めた者。

※④の者のうち「新規の入所希望者以外の者」については、原則、平成 24 年 4 月以降の支給決定の更新時にサービス等利用計画案の作成を求めた上で、引き続き、就労継続支援 B 型の利用を認めて差し支えない。

- ・ 法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む）の利用者（特定旧法受給者）
- ・ 法の施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している者

⑤ 通常の事業所に雇用されている者であって、通常の事業所に新たに雇用された後の労働時間の延長又は休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要なもの

◆ 一般就労中の就労系サービスの利用について、厚生労働省通知「就労移行支援事業、就労継続支援事業（A 型・B 型）における留意事項について」（令和 6 年 3 月 29 日）に準拠した取り扱いを行う。

(16) 就労定着支援

ア サービスの内容（法第5条第15項）

生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援（以下「就労移行支援等」という。）を利用して、通常の事業所に新たに雇用された障害者の就労の継続を図るため、企業、障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整を行うとともに、雇用に伴い生じる日常生活又は社会生活を営む上での各般の問題に関する相談、指導及び助言等の必要な支援を行う。

イ 対象者

就労移行支援等を利用した後、通常の事業所に新たに雇用された障害者であって、就労を継続している期間が6月（通常の事業所に雇用された後に労働時間の延長の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者として、就労移行支援等を利用した場合は、当該就労移行支援等の終了日の翌日から起算して6月、休職からの復職の際に就労に必要な知識及び能力の向上のための支援を一時的に必要とする者として、就労移行支援等を利用した場合は、復職した日から起算して6月）を経過した障害者

(17) 自立生活援助

ア サービスの内容（法第5条第16項）

居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題につき、定期的な巡回又は随時通報を受けて行う訪問、相談対応等により、障害者の状況を把握し、必要な情報の提供及び助言並びに相談、関係機関との連絡調整等の自立した日常生活を営むための環境整備に必要な援助を行う。

イ 対象者

居宅において単身であるため又はその家族と同居している場合であっても、家族等の障害・疾病等や当該障害者の生活環境の大きな変化その他の事情により、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある障害者であって、上記アの支援を要する者。具体的には次のような例が挙げられる。

- ① 障害者支援施設、のぞみの園、指定宿泊型自立訓練を行う自立訓練（生活訓練）事業所、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所していた障害者
※ 児童福祉施設に入所していた18歳以上の者、障害者支援施設等に入所していた15歳以上の障害者みなしの者も対象。
- ② 共同生活援助を行う住居又は福祉ホームに入居していた障害者
- ③ 精神科病院に入院していた精神障害者
- ④ 救護施設又は更生施設に入所していた障害者
- ⑤ 刑事施設（刑務所、少年刑務所、拘置所）、少年院に収容されていた障害者
- ⑥ 更生保護施設に入所していた障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊していた障害者
- ⑦ 現に地域において一人暮らしをしている障害者又は同居する家族が障害、疾病等により当該家族による支援が見込めないため実質的に一人暮らしと同等の状況にある障害者であって、当該障害者を取り巻く人間関係、生活環境又は心身の状態等の変化により、自立した地域生活を継続することが困難な者
- ⑧ 同居する家族に障害、疾病のない場合であっても、地域移行支援を利用して退院・退所した者、精神科病院の入退院を繰り返している者、強度行動障害や高次脳機能障害等の状態にある者等、地域生活を営むための支援を必要としている者

(18) 共同生活援助（グループホーム）

ア サービスの内容（法第 5 条第 17 項）

障害者につき、主として夜間において、共同生活を営むべき住居において相談、入浴、排せつ若しくは食事の介護その他の日常生活上の援助を行い、又はこれに併せて、居宅における自立した日常生活への移行を希望する入居者につき、当該日常生活への移行及び移行後の定着に関する相談その他の主務省令で定める援助を行うことをいう。

イ 対象者

障害者（身体障害者にあつては、65 歳未満の者又は 65 歳に達する日の前日までに障害福祉 サービス若しくはこれに準ずるものを利用したことがある者に限る。）

なお、身体障害者が共同生活援助を利用するに当たっては、

- ① 在宅の障害者が、本人の意に反して共同生活援助の利用を勧められることがないよう、徹底を図ること
- ② 共同生活援助の利用対象者とする身体障害者の範囲については、施設からの地域移行の推進などの趣旨を踏まえ、65 歳に達した以降に身体障害者となった者については新規利用の対象としないことに留意されたい。

(19) 地域移行支援

ア サービスの内容（法第 5 条第 20 項）

障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院に入院している精神障害者その他の地域における生活に移行するために重点的な支援を必要とする者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の必要な支援を行う。

イ 対象者

以下の者のうち、地域生活への移行のための支援が必要と認められる者。

- ① 障害者支援施設、のぞみの園、児童福祉施設又は療養介護を行う病院に入所している障害者
※児童福祉施設に入所する 18 歳以上の者、障害者支援施設等に入所する 15 歳以上の障害者みなしの者も対象
- ② 精神科病院に入院している精神障害者
※地域移行支援の対象となる精神科病院には、医療観察法第 2 条第 4 項の指定医療機関も含まれており、医療観察法の対象となる者に係る支援に当たっては保護観察所と連携すること。
- ③ 救護施設又は厚生施設に入所している障害者
- ④ 刑事施設(刑務所、少年刑務所、拘留所)、少年院に収容されている障害者
※保護観察所、地域生活定着支援センターが行う支援との重複を避け、役割分担を明確にする観点等から、特別調整の対象となった障害者（「高齢又は障害により特に自立が困難な 矯正施設収容中の者の社会復帰に向けた保護、生活環境の調整等について（通達）」（平成 21 年 4 月 17 日法務省保観第 244 号。法務省矯正局長、保護局長連名通知）に基づき、特別調整対象者に選定された障害者をいう。）のうち、矯正施設から退所するまでの間に障害福祉サービスの体験利用や体験宿泊など矯正施設在所中に当該施設外で行う支援の提供が可能であると見込まれるなど指定一般相談支援事業者による効果的な支援が期待される障害者を対象とする。
- ⑤ 更生保護施設に入所している障害者又は自立更生促進センター、就業支援センター若しくは自立準備ホームに宿泊している障害者

(20) 地域定着支援

ア サービスの内容（法第 5 条第 21 項）

居宅において単身であるため、又はその家族と同居している場合であっても家族等の障害・疾病等や当該障害者の生活環境の大きな変化その他の事情により、居宅における自立した日常生活を営む上での各般の問題に対する支援が見込めない状況にある障害者につき、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他必要な支援を行う。

イ 対象者

- ① 居宅において単身であるため緊急時の支援が見込めない状況にある者
- ② 居宅において家族等と同居している障害者であっても、当該家族等が障害、疾病等のため、障害者に対し、当該家族等による緊急時の支援が見込まれない状況にある者
- ③ 居宅において家族と同居している障害者で、同居する家族に障害、疾病のない場合であっても、地域移行支援を利用して退院・退所した者、精神科病院の入退院を繰り返している者、強度行動障害や高次脳機能障害等の状態にある者等、地域生活を営むため緊急時に手厚い支援を必要としている者

◆ 原則、対象は障害者であり、障害児は対象としていない。

※共同生活援助（退去後（外部サービス利用型）共同生活援助サービス費の支給決定を受けている者を除く。）、宿泊型自立訓練の入居者に係る常時の連絡体制の整備、緊急時の支援等については、通常、当該事業所の世話人等が対応することとなるため、対象外。

※上記①又は②の者のうち医療観察法の対象となる者に係る支援に当たっては保護観察所と連携すること。

児 3 障害児支援の名称と内容

種類	内容	支給決定 期間	受給者証
児童発達支援	児童発達支援センター又は児童発達支援事業所において、日常生活における基本的な動作の指導、知識技術の付与、集団生活への適応訓練などを行います。 市内の児童発達支援センター：もず園、つぼみ園	1年	秋桜色
放課後等デイサービス	就学児童を対象に、学校授業終了後又は休業日において、生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流促進を行います。学校との連携・協働による支援を行うとともに、多様なメニューを設け、本人の希望を踏まえたサービスを提供します。	1年	秋桜色
保育所等訪問支援	児童発達支援を行う施設・事業所などの訪問支援員が、保育所、幼稚園、小学校など児童が集団生活を営む施設を訪問し、当該施設における障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援などを行います。	1年	秋桜色
居宅訪問型児童発達支援	重症心身障害児など外出することが困難な障害児を対象に、児童発達支援等を行う施設・事業所などの訪問支援員が、障害児の居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与などを行います。	1年	秋桜色
障害児相談支援	児童福祉法における障害児通所支援の利用に係る障害児支援利用計画を作成します。支援決定前の計画案作成や支援決定後の計画作成（障害児支援利用援助）及び支給決定後のモニタリング（継続障害児支援利用援助）を行います。	1年	秋桜色
医療型障害児入所施設	障害児を保護するとともに、日常生活の指導、独立自活に必要な知識技能の付与を行います。		萌黄色
福祉型障害児入所施設	障害児を保護するとともに、日常生活の指導、独立自活に必要な知識技能の付与を行います。		萌黄色

障害児通所支援の種類、内容及び対象者の要件は、以下のとおりである。

（１）児童発達支援

ア 支援の内容（法第6条の2の2第2項）

児童発達支援センター又は児童発達支援事業所において、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。

イ 対象者

療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる主に未就学の障害児。

具体的には次のような例が考えられる。

- ① 市町村等が行う乳幼児健診等で療育の必要性があると認められた児童
- ② 保育所や幼稚園に在籍しているが、併せて、指定児童発達支援事業所等において、専門的な療育・訓練を受ける必要があると認められた児童

(2) 放課後等デイサービス

ア 支援の内容（法第6条の2の2第4項）

生活能力の向上のために必要な訓練、社会との交流の促進その他必要な支援を行う。

イ 対象者

学校教育法第1条に規定している学校（幼稚園及び大学を除く。）又は専修学校等に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められた障害児

(3) 居宅訪問型児童発達支援

ア 支援の内容（法第6条の2の2第5項）

居宅を訪問し、日常生活における基本的な動作の指導、知識技能の付与、集団生活への適応訓練その他必要な支援を行う。

イ 対象者

重度の障害の状態その他これに準ずるものとして厚生労働省令で定める状態にあり、児童発達支援又は放課後等デイサービスを受けるために外出することが著しく困難であると認められた障害児

※ なお、重度の障害の状態その他これに準ずるものとして厚生労働省令で定める状態とは、次に掲げる状態とする（則第1条の2の3）。

- ① 人工呼吸器を装着している状態その他の日常生活を営むために医療を要する状態にある場合
- ② 重い疾病のため感染症にかかるおそれがある状態にある場合

(4) 保育所等訪問支援

ア 支援の内容（法第6条の2の2第6項）

障害児以外の児童との集団生活への適応のための専門的な支援その他必要な支援を行う。

イ 対象者

保育所その他の児童が集団生活を営む施設として厚生労働省令で定めるものに通う障害児又は乳児院その他の児童が集団生活を営む施設として厚生労働省令で定めるものに入所する障害児であって、当該施設において、専門的な支援が必要と認められた障害児

※ なお、厚生労働省令で定める施設とは、保育所、幼稚園、小学校（義務教育学校の前期課程を含む。）、特別支援学校、認定こども園、乳児院、児童養護施設その他児童が集団生活を営む施設として、市町村が認めた施設とする（則第1条の2の5）。対象施設であるか否かの認定方法は、児童の利用が想定されるものを事前に施設の種別ごとに包括的に認める場合と、施設を個々にその都度認める場合の両方が考えられる。

4 地域生活支援事業の名称と内容

地域生活支援事業とは、全国一律の自立支援給付とは別に、地域での生活を支えるさまざまな事業について、地域の特性に応じた柔軟な事業形態により実施するものです。堺市が実施する主な事業としては、次のようなものがあります。

(1) 移動支援事業（ガイドヘルプサービス）

①事業の内容

屋外での移動が困難な方に対してガイドヘルパーが付き添いを行うことにより、社会生活上必要不可欠な外出や、余暇活動等社会参加のための外出の際の移動を支援する。

②対象者

単独で外出することが困難で、付き添いを必要とする状況にある全身性障害者、知的障害者及び精神障害者（行動援護、重度訪問介護利用者を除く。）

なお、視覚障害者の方については、「同行援護」の利用となる。

③利用者負担

堺市では、所得にかかわらず一定時間数までの利用については無料とし、それを超える利用についてのみ1割負担（30分あたり80円となります。）が発生する仕組みとすることで、利用者の負担軽減、社会参加の促進を図っている。

区 分		無料	1割負担
身体障害者		～25時間	～50時間
知的障害者・精神障害者		～18時間	～40時間
18歳未満の障害児		～10時間	～20時間 (8月のみ40時間)
施設入所者 (18歳以上)	一時帰宅中の外出	～15時間	～25時間
	施設を起点とする外出	—	～25時間
	施設を起点とする外出で、地域生活への移行を目指す場合（1年間のみ）	～15時間	～25時間

※市民税非課税世帯の場合は、1割負担はありません。

2人介護対象者の利用時間（2019年度より）

対象者1人に対して、その異動支援の提供に2人のガイドヘルパーが従事する場合は、上記の利用時間数の2倍の範囲内で利用することができますようになります。

重度訪問介護利用者の大学修学支援事業（2019年度より）

重度訪問介護を利用する障害者を対象に、大学などに修学する際の通学及び大学などの敷地内における身体介護などの支援を実施します。

(2) 日中一時支援事業（日帰りショートステイ）

①事業の内容

短期入所（ショートステイ）のうち宿泊を伴わないもの

②対象者

宿泊を伴う短期入所（ショートステイ）の支給決定を受けている方

③利用者負担

原則 1 割となるが、以下のとおり負担上限月額を設けている。

区 分	対象者	負担上限月額
生活保護等	生活保護受給世帯等に属する方	0 円
低所得	市民税非課税世帯に属する方	0 円
一般	市民税課税世帯に属する方	4,000 円

※ 1 か月間に利用したサービス量にかかわらず、負担上限月額を超える負担は生じない。

※ 住民票上の世帯が原則だが、18 歳以上の場合は本人とその配偶者のみを世帯としてみなす。

(3) 訪問入浴サービス

①事業の内容・対象者

このサービスによらなければ入浴することが困難な身体障害者の方の居宅に訪問し、入浴サービスを提供する。

②利用者負担

原則 1 割となるが、以下のとおり所得に応じた負担上限月額を設けている。

区 分	対象者	負担上限月額
生活保護等	生活保護受給世帯等に属する方	0 円
低所得	市民税非課税世帯に属する方	0 円
一般	市民税課税世帯に属する方	4,000 円

※ 1 か月間に利用したサービス量にかかわらず、負担上限月額を超える負担は生じない。

※ 住民票上の世帯が原則だが、18 歳以上の場合は本人とその配偶者のみを世帯としてみなす。

(4) 手話通訳者・要約筆記者の派遣

①事業の内容

聴覚障害者の方が公的機関や医療機関に相談に赴く場合などで、手話通訳・要約筆記を必要とする場合、市に登録している手話通訳者・要約筆記者を派遣する。

(5) 盲ろう者通訳・介助者の派遣

①事業の内容

18 歳以上の盲ろう者（視覚と聴覚に重複して重度の障害がある方）で身体障害者手帳の 1 級又は 2 級の交付を受けた方に対して、自立と社会参加を促進するため、日常生活で通訳・介助が必要な時に通訳・介助者を派遣する。

(6) 重度障害者入院時コミュニケーション支援事業

①事業の内容

重度の障害のため意思疎通に支援が必要な方が入院した場合に、本人をよく知るホームヘルパーやガイドヘルパーを「コミュニケーション支援員」として病院に派遣し、医療従事者との円滑な意思疎通の仲介を図り、安心して医療を受けられる環境を確保する。月 50 時間まで。

②対象者

次の要件を全て満たす者（ただし、施設入所者及び就学前児童については対象外）

ア 堺市から「居宅介護」「重度訪問介護」「行動援護」「重度障害者等包括支援」「移動支援」「同行援護」のいずれかの支給決定を受けている者。

ただし、重度訪問介護の支給決定者のうち障害支援区分 4 以上の者は対象外とする。

イ 障害支援区分認定調査項目 6「認知機能」群のうち、「コミュニケーション」の項目において「日常生活に支障がない」以外である者又は「説明の理解」の項目が「理解できる」以外の者（「移動支援」利用の場合は準じる者）

③利用者負担

なし

(7) 地域活動支援センター

①事業の内容

【地域活動支援センター連携強化型】

堺市の相談支援体制における地域拠点のひとつとして、居場所の提供に加えて、関係機関等との連携を図り利用者の地域生活への移行や日常生活に関する相談を行う。

【地域活動支援センター居場所支援型】

主にプログラム活動や当事者の力を高める機能を持ち、利用者の生活に密着した支援を行う。

17 時以降または土日祝いずれかも開所。

【地域活動支援センター入浴支援強化型】

重度の障害があり、自宅で入浴が困難な方に、入浴サービスを中心とした創作的活動や社会との交流促進を行う。

※詳細は、堺市ホームページを参照。

(8) 重度障害者就業支援事業

①事業の内容

重度訪問介護、同行援護、行動援護を利用する障害者を対象に、就業中や就業に伴う移動中または休憩時間中の日常生活の支援を実施します。

5 その他の事業

(1) 障害児施設入浴サービス

①事業の内容

自宅での入浴が困難な障害児に、施設で入浴（送迎付）が受けられるサービスを提供する。

②対象者

特別支援学校の中学部若しくは中学校に通学している者又はこれらを卒業した者のうち、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にあるもの

③利用者負担

原則1割となるが、以下のとおり所得に応じた負担上限月額を設けている。

区 分	対象者	負担上限月額
生活保護等	生活保護受給世帯等に属する方	0円
低所得	市民税非課税世帯に属する方	0円
一般	市民税課税世帯に属する方	4,000円

※1か月間に利用したサービス量にかかわらず、負担上限月額を超える負担は生じない。

(2) 堺市重症障害者医療的ケア支援事業

①事業の内容

常時家族の看護が必要な身体障害者（18歳未満の在宅の身体障害児を含む。）のいる家族に対し、家族の看護の負担を軽減し、その福祉の増進を図るため、医療的ケアを行う看護師を派遣する。

(3) 地域生活支援拠点等の事業所（緊急時の受け入れ・対応）

在宅で生活する障害児が、介護者の急病等により、在宅での生活が一時的に困難になる場合等の緊急時の対応として、地域生活支援拠点等の機能（緊急の受け入れ・対応）を担う短期入所事業所を認定しました。

緊急時においては、下記の堺市地域生活支援拠点等を担う短期入所事業所にご相談ください。

事業所名	所在地	電話	FAX
社会福祉法人南湖会 泉嶺ホーム	堺市中区平井482 番地	277-0374	277-0325
ショートステイあかね	堺市東区日置荘西町 8丁1番1号	286-2260	286-2268
コスモス地域福祉活動 センターえると	堺市東区野尻町8番 地4	288-1050	288-1717
ショートステイうてな	堺市西区草部775 -2	275-3660	275-3661
総合生活支援センター そら/ショートステイそら	堺市南区柵202番 地9	291-2628	291-2629
ピュアあすなろ	堺市南区稲葉3丁1 581番地	260-5570	260-5580

6 障害支援区分が利用の要件となっているサービス（介護給付）

								平成27年4月現在
		…利用可能（その他の要件等にも留意すること。）						
	非該当	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	備考
居宅介護								
行動援護								・精神障害・知的障害対象 ・行動関連項目が合計10点以上【程度区分の場合は8点以上】
重度訪問介護								・二肢以上に麻痺がある ・項目の内「歩行・移乗・排尿・排便」がいずれも「支援が不要」以外 ・行動関連項目が合計10点以上【程度区分の場合は8点以上】
同行援護								・視覚障害者対象 ・身体介護を伴う場合は、区分2以上かつ、項目の内「歩行・移乗・移動・排尿・排便」のいずれかが「できる」以外
生活介護								・50歳以上は区分2から
生活介護（施設入所支援利用の場合）								・50歳以上は区分3から ・在宅が困難な障害程度区分4（50歳以上は区分3）より低い者は計画相談支援の利用が必要
短期入所								
療養介護								・ALS患者等人工呼吸器装着者 ・平成24年3月末に重症心身障害児施設入所者については、経過措置あり ・筋ジストロフィー患者・重症心身障害者は区分5から
施設入所支援								・50歳以上は区分3から ・日中、訓練等給付（就労移行支援・自立訓練）を利用する場合は障害程度区分は不要 ・就労継続支援B利用及び障害程度区分4（50歳以上は区分3）より低い者は計画相談支援の利用が必要
重度障害者等包括支援								・意思疎通に著しい困難があり、寝たきり状態で人工呼吸器を装着した身体障害者もしくは重症心身障害者、強度行動障害を有する重度知的障害者

※上記は要件の一部を抜粋したものです。詳細は、確認のうえで、ご活用ください。

7 様式集

NO	様式名	ページ
1	サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書	123
2	(新規) 介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書	124
3	(更新) 介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書	126
4	(変更) 介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書	128
5	障害児通所給付費支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書 (新規・更新分)	130
6	障害児通所給付費支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書 (変更分)	132
7	世帯状況・収入等申告書	134
8	計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書	135
9	計画相談支援・障害児相談支援依頼 (変更) 届出書	136
10	サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 (様式 1 - 1)	137
11	サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】 (様式 1 - 2)	138
12	申請者の現状 (基本情報) (別紙 1)	139
13	申請者の現状 (基本情報)【現在の生活】 (別紙 2)	140
14	サービス等利用計画・障害児支援利用計画 (様式 2 - 1)	141
15	サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】 (様式 2 - 2)	142
16	モニタリング報告書 (継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助) (様式 3 - 1)	143
17	継続サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】 (様式 3 - 2)	144
18	サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 (セルフプラン)	145
19	サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案 (セルフプラン) 週間予定表	146
20	資料提供依頼書兼受領書	147
21	聞き取り調査等にかかる情報提供同意書	148
22	契約内容 (障害福祉サービス受給者証記載事項) 報告書	149
23	計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書	150
24	計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書	151
25	入院時情報提供書	152

年 月 日

様

堺 市 長

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書

障害者総合支援法（第22条第4項 第24条第3項 第51条の7第4項）・児童福祉法（第21条の5の7第4項 第21条の5の8第3項）の規定に基づき、支給（給付）要否決定を行うに当たって、サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案の提出を求めます。

提出に当たっては、下記の書類を併せて提出願います。

記

・計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

・計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書

※すでに計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費の支給を受けている者であって、現在サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成を依頼している事業所に変更がない場合は、提出は不要です。

提出先

提出期限 年 月 日

問合せ先

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

堺市長殿

新規

次のとおり申請します。なお、決定された利用者負担額について、現在入所し、又は通所している施設に対し、情報提供することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)											
	氏 名		個人番号												
	居 住 地	〒													
		電話番号													
支給申請に係る 障 害 児 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)											
			個人番号												
			続 柄												
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号				疾病名							
第 号 (級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)		第 号 (A・B1・B2・)		号 (1級・2級・3級)											
障害基礎年金1級の受給の有無 (就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)								有 ・ 無							

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等	1	2	3	4	5	6	有効期間			
		利用中のサービスの種類・内容等												
介護保険サービス	要介護認定	有 ・ 無	要介護度	要支援 ()・要介護				1	2	3	4	5		
		利用中のサービスの種類と内容等												
申請するサービスの種類等	区分	申請する支援の種類・内容等												
	訪問系	介護給付費			訓練等給付費									
		□ 居宅介護 (ホームヘルプ)	□ 身体介護 (月 時間)			共同生活援助 (グループホーム) を申請する者は、希望する事業所の種類、介護の提供の希望の有無、サテライト型住居の利用の希望の有無その他必要な事項を記載すること。								
			□ 家事援助 (月 時間)											
			□ 通院介助 (月 時間)											
			□ 通院等の乗降介助 (月 回)											
		□ 重度訪問介護 (月 時間)												
		□ 同行援護 (月 時間)												
	□ 行動援護 (月 時間)													
	日中活動系	□ 短期入所 (ショートステイ) (月 日)			□ 自立訓練 [□ 機能訓練 □ 生活訓練] (月 日)									
		□ 療養介護 (月 日)			□ 就労移行支援 (月 日)									
		□ 生活介護 (月 日)			□ 就労継続支援 [□ A型 □ B型] (月 日)									
					□ 就労定着支援									
	居住系	□ 施設入所支援			□ 共同生活援助 (グループホーム) (事業所名)									
			□ 自立生活援助											
地域相談支援	□ 地域移行支援													
	□ 地域定着支援													

(裏面)

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付受給世帯を含む。) 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割額が16万円(児童の場合は28万円)未満のもの	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳) 2 市町村民税課税世帯でないこと。	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)
	☐ III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳) 2 市町村民税課税世帯でないこと。	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳)
	☐ IV 共同生活援助(グループホーム)利用者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税課税世帯でないため、特定障害者特別給付費を申請します。	
☐ V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ☐ 生活保護担当窓口が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		

注意

- 1 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)とする。
- 2 いずれの場合にあっても、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
- 3 18歳以上(入所施設利用者は、20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者(同一の住民票に記載された者に限る。)とする。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒 電話番号		

注意 ※印のある主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合に記入すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入すること。)		
フリガナ			
氏名		申請者 との関係	
住所	〒 電話番号		

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するためには必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査、概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、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の全部又は一部を、堺市から指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人、医師意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

申請者氏名

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費・地域相談支援給付費
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

堺市長殿

更新

次のとおり申請します。なお、決定された利用者負担額について、現在入所し、又は通所している施設に対し、情報提供することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)			
	氏 名		個人番号				
	居 住 地	〒 電話番号					
支給申請に係る 障 害 児 氏 名	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)			
	支 給 申 請 に 係 る 障 害 児 氏 名		個人番号				
			続 柄				
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名		
第 号 (級) (視 覚 ・ 聴 覚 ・ 音 声 言 語 ・ 肢 体 ・ 内 部)		第 号 (A ・ B 1 ・ B 2 ・)	号 (1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)				
障害基礎年金1級の受給の有無 (就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)						有 ・ 無	

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有 ・ 無	区分等	1 2 3 4 5 6 非該当	有効期間					
	介護保険サービス	要介護認定	有 ・ 無	要介護度	要支援 () ・ 要介護	1 2 3 4 5					
申請するサービスの種類等	区分	申請する支援の種類・内容等									
	訪問系	介護給付費		訓練等給付費							
									□居宅介護 (ホームヘルプ)	□身体介護 (月 時間)	共同生活援助 (グループホーム) を申請する者は、希望する事業所の種類、介護の提供の希望の有無、サテライト型住居の利用の希望の有無その他必要な事項を記載すること。
										□家事援助 (月 時間)	
										□通院介助 (月 時間)	
		□通院等の乗降介助 (月 回)									
		□重度訪問介護 (月 時間)									
		□同行援護 (月 時間)									
	□行動援護 (月 時間)										
	日中活動系	□短期入所 (ショートステイ) (月 日)		□自立訓練 [□機能訓練 □生活訓練] (月 日)							
□療養介護 (月 日)		□就労移行支援 (月 日)									
□生活介護 (月 日)		□就労継続支援 [□A型 □B型] (月 日)									
		□就労定着支援									
居住系	□施設入所支援		□共同生活援助 (グループホーム) (事業所名)								
			□自立生活援助								
地域相談支援	□地域移行支援 □地域定着支援										

(裏面)

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付受給世帯を含む。) 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割額が16万円(児童の場合は28万円)未満のもの	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳) 2 市町村民税課税世帯でないこと。	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)
	☐ III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳) 2 市町村民税課税世帯でないこと。	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳)
	☐ IV 共同生活援助(グループホーム)利用者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税課税世帯でないため、特定障害者特別給付費を申請します。	
☐ V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ☐ 生活保護担当窓口が発行する境界層対象者証明書が必要となります。		

注意

- 1 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)とする。
- 2 いずれの場合にあっても、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
- 3 18歳以上(入所施設利用者は、20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者(同一の住民票に記載された者に限る。)とする。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒 電話番号		

注意 ※印のある主治医の欄は、介護給付費又は地域移行支援(精神科病院(精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。))に入院している者に限る。)を申請する場合に記入すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入すること。)		
フリガナ			申請者との関係
氏名			
住所	〒		電話番号

サービス等利用計画又は個別支援計画を作成するために必要があるときは、障害支援区分認定に係る認定調査、概況調査の内容、サービス利用意向聴取の内容、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の全部又は一部を、堺市から指定一般相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、障害福祉サービス事業者若しくは障害者支援施設の関係人、医師意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

申請者氏名

介護給付費・訓練等給付費・特定障害者特別給付費
支給変更申請書兼利用者負担額減額・免除等変更申請書

堺市長殿

変更

次のとおり申請します。なお、決定された利用者負担額について、現在入所し、又は通所している施設に対し、情報提供することに同意します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)			
	氏 名		個人番号				
	居 住 地	〒 電話番号					
支給申請に係る 障害児氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)			
	支 給 申 請 に 係 る 障 害 児 氏 名		個人番号				
			続 柄				
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名		
第 号 (級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)		第 号 (A ・ B 1 ・ B 2 ・)	号 (1 級 ・ 2 級 ・ 3 級)				
障害基礎年金 1 級の受給の有無 (就労継続支援のサービスを申請する者に限る。)						有 ・ 無	

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有・無	区分等 1 2 3 4 5 6 非該当	有効期間	
	利用中のサービスの種類・内容等					
介護保険サービス	要介護認定	有 ・ 無	要介護度	要支援 () ・ 要介護	1 2 3 4 5	
	利用中のサービスの種類と内容等					
変更の理由						

変更を申請するサービスの種類等	区分	変更を申請する支援の種類・内容等		
	在宅系	介護給付費		
		□居宅介護 (ホームヘルプ)	□身体介護 (月 時間)	共同生活援助 (グループホーム) を申請する者は、希望する事業所の種類、介護の提供の希望の有無、サテライト型住居の利用の希望の有無その他必要な事項を記載すること。
			□家事援助 (月 時間)	
			□通院介助 (月 時間)	
			□通院等の乗降介助 (月 回)	
		□重度訪問介護 (月 時間)		
		□同行援護 (月 時間)		
	□行動援護 (月 時間)			
	日中活動系	□短期入所 (ショートステイ) (月 日)	□自立訓練 [□機能訓練 □生活訓練] (月 日)	
□療養介護 (月 日)		□就労移行支援 (月 日)		
□生活介護 (月 日)		□就労継続支援 [□A型 □B型] (月 日)		
		□就労定着支援		
居住系	□施設入所支援	□共同生活援助 (グループホーム) (事業所名)		
		□自立生活援助		

(裏面)

変更を申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。(当てはまるものに○を付ける。当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯(中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯を含む。) 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯に属する者であって、世帯の市町村民税所得割額が16万円(児童の場合は28万円)未満のもの	
	☐ II 医療型個別減免に関する認定 下記のいずれにも当てはまるため、医療型個別減免を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳) 2 市町村民税課税世帯でないこと。	〈20歳未満の方〉 1 療養介護利用者であること。(年齢 歳)
	☐ III 施設入所者(注)に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(入所施設の食費等軽減措置) 下記のいずれにも当てはまるため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	〈20歳以上の方〉 1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳) 2 市町村民税課税世帯でないこと。	〈20歳未満の方〉 1 施設入所者(注)であること。(年齢 歳)
	☐ IV 共同生活援助(グループホーム)利用者に対する特定障害者特別給付費(補足給付)に関する認定(家賃軽減措置) 市町村民税課税世帯でないため、特定障害者特別給付費を申請します。	
	☐ V 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ☐ 生活保護担当窓口が発行する境界層対象者証明書が必要となります。	

注意

- 1 対象施設は、介護給付費の対象となる入所施設(障害者支援施設)とする。
- 2 いずれの場合にあっても、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。
- 3 18歳以上(入所施設利用者は、20歳以上)の障害者の「世帯」の範囲は、当該障害者及びその配偶者(同一の住民票に記載された者に限る。)とする。

主治医 (※)	主治医の氏名		医療機関名	
	医療機関所在地	〒 電話番号		

注意 ※印のある主治医の欄は、介護給付費を申請する場合に記入すること。

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入すること。)		
フリガナ			申請者
氏名			との関係
住所	〒 電話番号		

様式第4号の2(第3条の2関係)

障害児通所給付費支給申請書兼
利用者負担額減額・免除等申請書

堺市長 殿

次のとおり申請します。

		申請年月日		年 月 日	
申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏 名		個人番号		
	居 住 地	〒 電話番号			
フリガナ			生年月日	年 月 日	
支給申請に係る 児 童 氏 名			個人番号		
			続 柄		
身体障害者手帳番号		療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号		疾病名
第 号(級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)		第 号 障害程度(A・B1・B2)	第 号 障害等級(1級・2級・3級)		

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	利用中のサービスの種類、内容等
申請する支援	支援の種類	
	申請に係る具体的内容	
	☐ 児童発達支援	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
☐ 保育所等訪問支援		

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、堺市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。

また、決定された利用者負担額を現在通所している施設等に対し、情報提供することに同意します。

申請者氏名

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在	〒		
電話番号				

申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者				
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。				
	他の 同一世帯に属する 就学前児童	フリガナ	生年月日	在園施設名	認可保育所・幼稚園・認定こども園・ 特別支援学校幼稚部・児童心理治療施設 通所部
		氏 名			
☐ III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(☐ 定率負担減免措置 ☐ 補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。					

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒		
電話番号			

様式第4号の5の4（第3条の5の2関係）

障害児通所給付費支給変更申請書兼
利用者負担額減額・免除等変更申請書

堺市長 殿

現に受けている障害児通所給付費支給決定の変更について、次のとおり申請します。

		申請年月日		年		月		日	
申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日					
	氏 名 (自 署)		個人番号						
	居 住 地	〒 電話番号							
フリガナ			生年月日	年 月 日					
支給申請に係る 児 童 氏 名			個人番号						
			続 柄						
身体障害者手帳番号		療育手帳番号		精神障害者保健福祉手帳番号			疾病名		
第 号(級) (視覚・聴覚・音声言語・肢体・内部)		第 号 障害程度(A・B1・B2)		第 号 障害等級(1級・2級・3級)					

サービス利用の状況	障 害 福 祉 関係サービス	利用中のサービスの種類、内容等
	変更の理由	

変更を申請する支援	支援の種類	申請に係る具体的内容
	☐ 児童発達支援	
	☐ 放課後等デイサービス	
	☐ 居宅訪問型児童発達支援	
	☐ 保育所等訪問支援	

障害児支援利用計画又は通所支援計画を作成するためには必要があるときは、通所支援の利用に関する意向聴取の内容及び医師意見書の全部又は一部を、堺市から指定障害児相談支援事業者、通所支援事業者又は障害児入所施設の関係人に提示することに同意します。

なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得の状況等について調査することに同意します。
また、決定された利用者負担額を現在通所している施設等に対し、情報提供することに同意します。

申請者氏名

主治医	主治医の 氏名		医療機関名	
	所 在	〒 電話番号		

変更を申請する減免の種類	☐ I 負担上限月額に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつける。いずれにも当てはまらない場合は、空欄とすること。) 1 生活保護受給世帯 2 市町村民税非課税世帯に属する者 3 市町村民税課税世帯(所得割28万円未満)に属する者				
	☐ II 多子軽減措置に関する認定 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつける。) 1 第2子に該当する者 2 第3子以降に該当する者 ※ 在園証明等が必要となります。				
	他の 就学前児童 同一世帯に属する	フリガナ	生年月日	在園施設名	認可保育所・幼稚園・認定こども園・ 特別支援学校幼稚部・児童心理治療施設 通所部
		氏 名			
☐ III 生活保護への移行予防措置(定率負担減免措置、補足給付の特例措置)に関する認定 生活保護への移行予防措置(□定率負担減免措置 □補足給付の特例措置)を申請します。 ※ 福祉事務所が発行する境界層対象者証明書が必要となります。					

いずれも、事実関係を確認できる書類を添付して申請すること。

申請書提出者	□申請者本人 □申請者本人以外(下の欄に記入)		
氏 名		申請者との関係	
住 所	〒 □申請者と同住所 電話番号		

注意 該当する□にレ印を記入してください。

世帯状況・収入等申告書

堺市長殿

申告年月日 年 月 日 申告者 住所

氏名

次のとおり申告します。

なお、利用者負担の認定において必要な税情報、収入状況等については、本人及び世帯員全員について市民税課税台帳等により確認することに同意します。

1. 世帯の状況等について ◀今回お送りしている方、全員がご記入ください

	氏名	生年月日	本人との関係	☐ 生活保護受給 ☐ その他（市町村民税の状況）
本人				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯主				☐ 課税 ☐ 非課税
世帯員			その他の場合は、 市町村民税の課 税状況をチェッ クしてください。	☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税
				☐ 課税 ☐ 非課税

2. 申請者の収入の状況について ◀施設入所支援又は療養介護ご利用の方のみ記入

(1) 合計所得金額の状況

合計所得金額	円
--------	---

(2) 収入等の状況

収入（A）（年収）

区分	種 類	収入額
稼得等収入	障害年金等（障害基礎年金、障害厚生年金、障害共済年金、特別障害給付金、障害を事由に支給される労災による年金等、遺族基礎年金、遺族厚生年金、遺族共済年金、老齢基礎年金、老齢厚生年金等）	円
	特別児童扶養手当等（特別障害者手当、障害児福祉手当、経過福祉手当、特別児童扶養手当）	円
	工賃等収入	円
	その他の収入（ ）	円
その他収入	仕送り収入	円
	不動産等による家賃収入	円
	その他の収入（ ）	円

必要経費（B）

種 類	内 容	金 額
租 税		円
		円
社会保険料		円
		円

申告書提出者	☐ 申告者本人 ☐ 本人以外（本人以外の場合、提出者の氏名・住所を下記に記入）		
フリガナ		申告者	
氏 名		との関係	
住 所	〒		
	電話番号		

（記入上の注意）

- 対象者が18歳未満の場合は申告者の氏名に保護者氏名を記入してください。
- 収入のうち証明書等があるものはこの申告書に必ず添付して下さい。
- 書ききれない場合は、余白に記入するか又は別紙に記入の上添付して下さい。
- 不実の申告をした場合、関係法令により処罰される場合があります。

様式第16号(第17条関係)

計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給申請書

堺 市 長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)												
	氏 名		個人番号													
	居 住 地	〒														
		電話番号														
	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)												
支給申請に係る 児童氏名		個人番号														
		続 柄														

申請書提出者	☐ 申請者本人 ☐ 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ		申 請 者 と の 関 係	
氏 名			
住 所	〒		☐ 申請者と同住所
電話番号			

注意 該当する□にレ印を記入してください。

様式第17号(第17条の2関係)

計画相談支援・障害児相談支援依頼(変更)届出書

堺市長殿

次のとおり届け出ます。

届出年月日 年 月 日

区分	☐ 新規	☐ 変更
----	-----------------------------	-----------------------------

届出者	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
	氏 名			
	居 住 地	〒 電話番号		
届出に係る 児童氏名	フリガナ		生年月日	年 月 日 (歳)
			続 柄	

計画相談支援・障害児相談支援を依頼した指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所名	
事業所名	
住 所	〒 電話番号

指定特定相談支援事業所・指定障害児相談支援事業所を変更する理由(変更の場合に記載)

変更年月日 年 月 日

注意 該当する□にレ印を記入してください。

様式1-2

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案【週間計画表】

利用者氏名	障害支援区分		相談支援事業者名		
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額		計画作成担当者		
地域相談支援受給者証番号					
計画開始年月					
月	火	水	木	金	土
日・祝	主な日常生活上の活動				
6:00					
8:00					
10:00					
12:00					
14:00					
16:00					
18:00					
20:00					
22:00					
0:00					
2:00					
4:00					
週単位以外のサービス					
サービス提供によって実現する生活の全体像					

					別紙1	
申請者の現状(基本情報)						
作成日		相談支援事業者名		計画作成担当者		
1. 概要(支援経過・現状と課題等)						
2. 利用者の状況						
氏 名		生年月日		年 齢		
住 所				電話番号		
	[持家・借家・グループ/ケアホーム・入所施設・医療機関・その他()]			FAX番号		
障害または疾患名		障害程度区分		性別	男 ・ 女	
家族構成 ※年齢、職業、主たる介護者等を記入				社会関係図 ※本人と関わりを持つ機関・人物等(役割)		
生活歴 ※受診歴等含む				医療の状況 ※受診科目、頻度、主治医、疾患名、服薬状況等		
本人の主訴(意向・希望)				家族の主訴(意向・希望)		
3. 支援の状況						
	名称	提供機関・提供者	支援内容	頻度	備考	
公的支援 (障害福祉サービス、介護保険等)						
その他の支援						

申請者の現状(基本情報)【現在の生活】										別紙2
利用者氏名	障害支援区分	相談支援事業者名			計画作成担当者					
	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動		
6:00										
8:00										
10:00										
12:00										
14:00										
16:00										
18:00										
20:00										
22:00										
0:00										
2:00										
4:00										
週単位以外のサービス										

サービス等利用計画・障害児支援利用計画										様式2-1
利用者氏名	障害支援区分	相談支援事業者名								
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者								
地域相談支援受給者証番号										
計画作成日	モニタリング期間(開始年月)	利用者同意署名欄								
利用者及びその家族の生活に対する意向(希望する生活)										
総合的な援助の方針										
長期目標										
短期目標										
優先順位	解決すべき課題(本人のニーズ)	支援目標	達成時期	福祉サービス等		課題解決のための本人の役割	評価時期	その他留意事項		
1				種類・内容・量(頻度・時間)	提供事業者名(担当者名・電話)					
2										
3										
4										
5										
6										

※ 利用者同意署名欄へ署名又は記名押印がない場合は、ケース記録へ同意について記載してください。

モニタリング報告書(継続サービス利用支援・継続障害児支援利用援助)

利用者氏名	障害支援区分	相談支援事業者名
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額	計画作成担当者
地域相談支援受給者証番号		
計画作成日	モニタリング実施日	利用者同意署名欄

総合的な援助の方針		全体の状況

優先 順位	支援目標	達成 時期	サービス提供状況 (事業者からの聞き取り)	本人の感想・ 満足度	支援目標の達成度 (ニーズの充足度)	今後の課題・ 解決方法	計画変更の必要性			その他留意事項
							サービス 種類の変更	サービス 量の変更	週間計画の 変更	
1							有・無	有・無	有・無	
2							有・無	有・無	有・無	
3							有・無	有・無	有・無	
4							有・無	有・無	有・無	
5							有・無	有・無	有・無	
6							有・無	有・無	有・無	

※ 利用者同意署名欄へ署名又は記名押印がない場合は、ケース記録へ同意について記載してください。

様式3-2

継続サービス等利用計画・障害児支援利用計画【週間計画表】

利用者氏名	障害支援区分		相談支援事業者名	
障害福祉サービス受給者証番号	利用者負担上限額		計画作成担当者	
地域相談支援受給者証番号				
計画開始年月				

	月	火	水	木	金	土	日・祝	主な日常生活上の活動
6:00								週単位以外のサービス
8:00								
10:00								
12:00								
14:00								
16:00								
18:00								
20:00								
22:00								
0:00								
2:00								
4:00								
サービス提供によって実現する生活の全体像								

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

わたし、したい そうだん、いせん、じぶん、じょうし、りよう、かぞく、こうけんにん、しんしん、ふく、けいかく、た、りよう、こうせいい、おこな
私は指定相談支援事業所を利用せず、自分自身（家族、後見人、支援者を含む）で計画を立て、サービスの利用調整も行いたいの、
きぼう、したい そうだん、いせん、じぶん、じょうし、じし、せいど、ないよう、けいかく、さつめいどう、う
セルフプランを希望します。指定相談支援事業所からモニタリングが実施されないなど制度の内容を理解し、あるいは説明等を受けています。

じょうき まちが
上記について、間違いありません。 ☐

しんせいしや しめい 申請者氏名	しょうがいしえん くふん 障害支援区分	セルフプラン作成日 さくせい ひ	ねん 年	がつ 月	にち 日
セルフプラン作成者 さくせいしや		れんらくさき 連絡先	-	-	
しんせいしや かんけいまた じぎょうしよ めい 申請者との関係又は事業所名	ほんにん かぞく つづきがら 本人 ・ 家族（続柄	せいねんこうけんにんどう 成年後見人等	しえんしや じぎょうしよ めい 支援者（事業者名		）
きぼう く もくひよう 希望する暮らし・目標					

利用する福祉サービス等

しょうがい じ つうしょ しえん さい いか
①障害児通所支援（18歳以下のみ）

必要なこと	利用する事業者名	希望するサービス	希望する日数
☐ 友達や大人と触れ合う機会を作り、経験を増やしたい		☐ 児童発達支援	にち つき 日/月
☐ 生活面で出来ることや発達・発育を促したい		☐ 放課後等デイサービス	にち つき 日/月
☐ 学校等の集団生活を生き活きと過ごせるようになりたい		☐ 保育所等訪問支援	にち つき 日/月
☐ 現在利用しているサービスを引き続き使いたい		☐ 居宅訪問型児童発達支援	にち つき 日/月
☐ その他 ()			

②訪問系

ひつよう 必要なこと	りよう 利用する事業者名	きぼう 希望するサービス	きぼう 希望する時間数
☐ にやうよくしよに てつだ 入浴・食事などを手伝ってほしい		☐ しんたいかいに 身体介護	じかん につき 時間/月
☐ かじ てつだ 家事を手伝ってほしい		☐ かじ えんじょ 家事援助	じかん につき 時間/月
☐ がいいゆつ つ ま 外出に付き添ってほしい		☐ つういんとう かいじょ 通院等介助	じかん につき 時間/月
きぼう いきさき 希望行先		☐ つういんとうじょうこかいじょ 通院等乗降介助	かい につき 回/月
()			じかん につき 時間/月
☐ げんがいうりよう ひ つづ つか 現在利用しているサービスを引き続き使いたい		☐ じやうどうほうもんかいじょ 重度訪問介護	じかん につき 時間/月
☐ た その他		☐ じやうどう えんご 行動援護	じかん につき 時間/月
()		☐ どうこう えんご 同行援護	じかん につき 時間/月
		☐ いどう しえん 移動支援	じかん につき 時間/月

③日中活動系

ひつよう 必要なこと	りよう 利用する事業者名	きぼう 希望するサービス	きぼう 希望する日数
☐ かいご かつどう 介護を受けながら活動したい		☐ せいいかつかいご 生活介護	にち つき 日/月
☐ かんたん きぎょう かつどう 簡単な作業などの活動がしたい		☐ しゅうろうたいぞくしえん がた 就労継続支援（A型）	にち つき 日/月
☐ しゅうろう めざ いっていきかん ない くんれん 就労を目指して一定期間内訓練したい		☐ しゅうろうたいぞくしえん がた 就労継続支援（B型）	にち つき 日/月
☐ じりつ せいいかつ めざ くんれん 自立生活を目指して訓練したい		☐ しゅうろういこう しえん 就労移行支援	にち つき 日/月
☐ いっぱんしゅうろう つづ 一般就労を続けるためにサポートしてほしい		☐ しゅうろうていぢやくしえん 就労定着支援	
☐ げんざいりよう ひ つづ つか 現在利用しているサービスを引き続き使いたい		☐ じりつ くんれん きのう くんれん 自立訓練（機能訓練）	にち つき 日/月
☐ その他 （ ）		☐ じりつ くんれん せいいかん くんれん 自立訓練（生活訓練）	にち つき 日/月

④居住系・その他

必要なこと	利用する事業者名	希望するサービス	希望する日数
☐ サポートのある住まい（グループホーム）で暮らしたい		☐ 共同生活援助	
☐ 自立した生活を目指して施設に泊まって練習したい		☐ 宿泊型自立訓練	
☐ 必要なときにサポートがあるところで泊まりたい		☐ 施設入所支援	
☐ 一人暮らしに不安があるので定期的に訪問してほしい		☐ 自立生活援助	
☐ 気軽に通える場所で仲間と交流したい		☐ 療養介護	
☐ 現在利用しているサービスを引き続き使いたい		☐ 短期入所	日/月
☐ その他		☐ 日中一時支援	日/月
()		☐ 訪問入浴 / 施設入浴	日/月
		☐ 地域活動支援センター	日/月

⑤その他サポート・留意事項

サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案（セルフプラン）

週間予定表

れい 例	9:00 起床 10:00～15:00 ●●作業所を利用 15:30～17:00 ○○ヘルパーが訪問（食事、洗濯） 22:00 就寝
げつ 月	
か 火	
すい 水	
もく 木	
きん 金	
ど 土	
にち 日	

かのう はんい きにゆう
可能な範囲で記入してください。

ようび おな ないよう ばあい ようび おな きにゆう かま
曜日によって同じ内容の場合「●曜日と同じ」と記入いただいても構いません。

おも にちじょういかづじょう かつどう しゅうかん
主な日常生活上の活動、習慣

しゅたんい いがいの
週単位以外のサービス

た
その他

資料提供依頼書兼受領書

年 月 日

堺 市 長 様

依頼者

住所

事業者

代表者

障害福祉サービス等の提供にあたり、下記の方の障害支援区分認定調査票等の資料提供をお願いします。

() 区役所

住所

氏名

上記の方の障害支援区分認定調査票等の資料を受け取りました。なお、これらの取り扱いについて、下記の事項を誓約致します。

1. データの秘密保持

業務上知り得た事項については、将来的においても他に漏洩致しません。

また、提供されたデータの秘密の保持及び保護保管については、最善の管理体制を持って厳重に管理致します。

2. データの複写及び複製禁止

バックアップ以外の目的で、データの複写及び複製は致しません。

3. データの契約目的以外の使用及び第三者への提供の禁止

データについては、サービス提供時の利用以外に使用または利用しないと、第三者に提供致しません。

4. データの処分

業務終了後、速やかに、かつ適切にデータを処分致します。

5. 前各号に違反した場合におけるデータの提供の停止及び損害賠償義務

前各号に違反した場合、データの提供を停止され、その事実及び経過について公表されても、一切異議申立てを行いません。また、前各号に違反した場合に生じた損害又は第三者に及ぼした損害を負担いたします。

年 月 日

住所

事業者

代表者

聞き取り調査等に係る情報提供同意書

堺 市 長 様

計画相談支援・障害福祉サービスの提供を受けるため、障害支援区分認定調査の聴き取り内容について、サービス提供に必要な範囲で下記の事業者の情報提供することに同意します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____

事業者住所 _____

事業者名 _____

年 月 日

事業者番号													
事業者及び その事業所 の名称 代 表 者													

記

[illegible]

受給者証の 事業者記入欄 の 番 号	サービス内容	契約支給量	契約日 (又は契約支給量を変更した 日)	理 由
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更
				☐ 1 新規契約
				☐ 2 契約の変更

提供を終了する 事業者記入欄の番号	提供終了日	提 供 終 了 月 中 の 終了日までの既提供量	既契約の契約支給量でのサービス提供を終了する理由
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更
			☐ 1 契約の終了
			☐ 2 契約の変更

149

計画相談支援・障害児相談支援モニタリング月変更届出書

堺市長 殿

年 月 日

申 請 者	事業所名	
	管理者	
	所在地	〒 電話番号

現在支給決定を受けている下記対象者の計画相談（障害児相談）支援に関して、モニタリング実施月を変更したく、次のとおり届け出ます。

対 象 者 (児)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(歳)
	居住地	〒 電話番号		

	変更後	変更前
実施月	年 月	年 月
変更理由	※変更が必要な理由を書いてください。	

計画相談支援・障害児相談支援モニタリング期間変更届出書

堺市長 殿

年 月 日

申 請 者	事業所名	
	管理者	
	所在地	〒 電話番号

現在支給決定を受けている下記対象者の計画相談（障害児相談）支援に関して、モニタリング期間を変更したく、次のとおり届け出ます。なお、対象者もしくは対象者の保護者の同意は得ております。

対 象 者 (児)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名			(歳)
	居住地	〒 電話番号		

	変更後	変更前
期間	毎月・3か月・6か月 1年 ()	毎月・3か月・6か月 1年 ()
実施月	1月・2月・3月・4月・5月・6月 7月・8月・9月・10月・11月・12月	1月・2月・3月・4月・5月・6月 7月・8月・9月・10月・11月・12月
変更理由	※本人の状態の変化等、変更が必要な理由を書いてください。 (年 月から変更)	

入院時情報提供書

利用者氏名 _____

相談支援専門員氏名 _____

提供先機関名 _____

□利用者本人の概要

家族構成等				
生活歴				
病歴・障害歴	年月	事項	年月	事項
医療機関利用状況				

□現在の生活状況の概要(本人及び介護者の一日の流れ等)

--

□利用者の状況(支援の有無と具体的な支援方法について)

1 生活基盤に関する領域(経済状況、住環境等)

--

2 健康・身体に関する領域(服薬状況、食事状況、健康管理状況)

--

(裏面)

3 日常生活に関する領域(日常生活動作・手段的日常生活動作の状況)

4 コミュニケーションスキルに関する領域

(意思表示・意思伝達的手段と必要な支援、他者から意思伝達の理解等)

5 社会生活技能に関する領域(対人関係、屋外での移動、金銭管理、危機管理等)

6 社会参加に関する領域(趣味、社会的活動等)

7 教育・就労に関する領域(就学・就労の状況について)

8 家族支援に関する領域

8 巻末資料

(1) 堺市ホームページ

相談支援業務に役立てていただくよう、様々な情報などを堺市のホームページに掲載していますので、どうぞご活用ください。

様式集

サービス等利用計画・障害児支援利用計画案の作成時の様式をダウンロードすることができます。

健康・福祉＞福祉・介護＞障害福祉＞事業者向け情報＞計画相談支援・障害児相談支援

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/keikakusoudansien.html>

障害福祉のしおり

堺市の障害福祉施策をまとめた「障害福祉のしおり」のページです。

健康・福祉＞福祉・介護＞障害福祉＞障害福祉のしおり＞障害福祉のしおり

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/shiori/shiori/index.html>

事業者向け情報

障害福祉サービス指定事業者の新規申請や変更、廃止などの手続きや届出、地域生活支援事業の事業者登録、請求事務などに関する情報です。

健康・福祉＞福祉・介護＞障害福祉＞事業者向け情報

<https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/index.html>

障害福祉サービス請求の手引きがダウンロードできます。

健康・福祉＞福祉・介護＞障害福祉＞事業者向け情報＞請求事務＞自立支援給付の請求事務（補装具、自立支援医療除く）＞堺市障害福祉サービス請求の手引き

https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogaifukushi/jigyousya/seikyu_jimu/seikyu_jimu/jiritsushien.html

障害児支援指定事業者のページ

指定事業者の新規申請や変更、廃止などの手続き、届け出などの情報です。

子育て・教育＞子育て支援情報（さかい☆HUG はぐネット）＞障害のある子ども＞児童福祉法に基づく障害児支援に関する事業者指定のページ

<https://www.city.sakai.lg.jp/kosodate/hughug/shogai/jigyoshashitei/index.html>

(2) 障害者基幹相談支援センター

協議会のリーフレットや事業所一覧、相談支援専門員向けの研修一覧などを掲載しています。

<https://sakai-soudan.net/>

(3) 大阪府ホームページ

大阪府でも、次の資料をホームページに掲載されています。

○ホームページ URL

<http://www.pref.osaka.lg.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshienjigyousha.html>

① 大阪府相談支援ガイドライン

ケアマネジメントの理念に基づき、障害のある方の思いや希望を尊重した相談支援の基本的なあり方等をまとめたもの

② 大阪府相談支援ハンドブック

計画相談支援の実務に役立てられるよう、サービス等利用計画等の記入例の紹介を中心にまとめたもの

③ 大阪府サービス等利用計画サポートツール

相談支援専門員自身のほか計画相談支援にかかわる機関等が、相談支援の質の向上を目的として、サービス等利用計画等の評価を行う際の視点、しくみについて検討し、実務に活用できるツール。

平成 28 年度の大阪府障がい者自立支援協議会ケアマネジメント推進部会により作成。

④ 相談支援従事者研修

相談支援専門員の要件については、法令で定められており、障害児者等の相談支援業務・直接支援業務等の実務経験があること及び相談支援従事者初任者研修等を修了するとともに、相談支援初任者研修を修了した翌年度を初年度とする 5 年度ごとの各年度末日までに現任研修を修了していることが必要です。

相談支援従事者初任者研修及び現任研修については、大阪府の指定研修機関が実施しています。また、専門コース別研修についても実施されています。

- 初任者研修・現任研修に関するホームページ URL

<http://www.pref.osaka.lg.jp/chiikiseikatsu/shogai-chiki/soudanshienkensyu.html>

- 専門コース別研修に関するホームページ URL

<http://www.pref.osaka.lg.jp/jiritsusodan/ikusei/index.html>

- 相談従事者研修 インターバル受入マニュアル

[intervalmanual_1.pdf](#)

計画相談支援・障害児相談支援 手引書

第4版

令和7年4月発行

発行 堺市健康福祉局 障害福祉部 障害施策推進課

〒590-0078 堺市堺区南瓦町3番1号

TEL 072-228-7818

FAX 072-228-8918