事業所管理者　各位

枚方市健康福祉部
福祉事務所障害企画課

令和７年度「枚方市障害者地域生活支援事業業務委託契約（移動支援事業）」について

平素は本市障害福祉行政にご協力いただき、ありがとうございます。
標記の件について、「枚方市障害者地域生活支援事業（移動支援事業）」の実施にあたり、下記を参照のうえ期日までに手続きをしていただきますようお願いします。

記

１　契約関係書類

①　移動支援事業者情報報告書・記入例
②　枚方市障害者地域生活支援事業業務委託契約書（移動支援）×２部
　　必須提出
③　枚方市障害者地域生活支援事業仕様書（移動支援）
④　仕様書別表（従事者資格一覧表）
⑤　枚方市障害者移動支援事業留意事項
⑥　枚方市障害者移動支援事業実施要綱
⑦　請求書等の作成・提出に関する注意事項
⑧　移動支援を利用する通院の取り扱いについて・移動支援利用による通院報告書
⑨　請求書
⑩　移動支援請求書類点検チェックシート
⑪　利用報告書
⑫　利用者負担額管理表
⑬　請求書記入例
⑭　チェックシート記入例
⑮　利用者負担額管理表記入例
⑯　利用報告書記入例（両面）
⑰　委任状
⑱　口座振替依頼書 ※ 新規契約事業所のみ提出
⑲　損害賠償責任保険証書等（損害賠償保険加入状況が確認できるもの）
⑳　重要事項説明書　※
㉑　従業者に対する処遇改善の取り組みについて・記入例
　　必須提出
㉒　障害福祉サービス（居宅介護等）事業所指定通知（写し）※ 新規契約事業所のみ提出

※⑱口座振替依頼書及び㉒障害福祉サービス（居宅介護等）事業所指定通知（写し）については、新規契約事業所のみ提出が必要となります。
※⑳重要事項説明書については、移動支援事業で使用しているものを添付してください。

２　手続き方法について

（１）　前記①移動支援事業者情報報告書について、裏面の記入例を参考に記載してください。

（２）　前記②～⑥の書類の内容をご確認の上、②業務委託契約書の表面（受注者）欄に法人名を、裏面（受注者）欄に法人所在地、法人名、事業所名、法人代表者の職名氏名を記入して押印してください。（２部とも）

（３）　①事業者情報報告書、②契約書（２部）、⑲損害賠償責任保険証書等（損害賠償保険加入状況が確認できるもの）、⑳重要事項説明書、㉑従業者に対する処遇改善の取り組みについてを、枚方市福祉事務所障害企画課へ提出してください。新規契約の事業所の方は⑱口座振替依頼書、㉒障害福祉サービス（居宅介護等）事業所指定通知（写し）も提出してください。

事務処理後、契約書の１部を事業所保管用として返送します。

（郵送の場合は、封筒の宛名は「福祉事務所長」ではなく「福祉事務所障害企画課移動支援事業請求担当」としてください。また、書類は折りたたみ定形封筒で郵送いただいて差し支えありません。）

※　委託料の請求時に提出いただく⑨請求書の請求者氏名等が、②契約書と異なる場合は、⑰委任状の提出が必要です。なお、⑰委任状の作成にあたっては、上段の委任者は②契約書と同内容、下段の受任者は⑨請求書に記載・押印いただく内容と同じになるようにしてください。

※　振込口座に変更がある場合は、⑱口座振替依頼書を提出してください。

※　契約完了後の毎月の請求では、⑨請求書、⑩移動支援請求書類点検チェックシート、⑪利用報告書を、サービス提供月の翌月 10 日までに提出してください。（⑫利用者負担額管理表は必要な場合に提出してください。詳細は⑤留意事項の「10.利用者負担額の管理について」をご確認ください。）なお、各書類の作成にあたっては、⑬～⑯の記入例を参照してください。

３　提出期限

契約日の前月１５日まで（原則、提出いただいた翌月の１日付の契約となりますが、提出が遅れた場合、契約日が１日以降の日付となる場合があります。）

（問い合わせ先）
〒573-8666
枚方市大垣内町２丁目１番２０号
枚方市役所　健康福祉部　福祉事務所　障害企画課
TEL：072-841-1152（直通）
FAX：072-841-5123
E メール：shogaif@city.hirakata.osaka.jp

移動支援事業者情報報告書

ふ　り　が　な				
事　業　所　名				
管　理　者　氏　名				
法　人　名				
法　人　代　表　者　職　名				
法　人　代　表　者　氏　名				
事　業　所　住　所	〒			
事業所電話番号				
事業所ファクス番号				
事業所メールアドレス（注１）				
通常のサービス提供区域				
サービス提供時間帯	平　日	午前　　時～　　時		
	土曜日	午前　　時～　　時		
	日・祝	午前　　時～　　時		
	その他（休業日等）			
ガイドヘルパー総数（実人員）				人
		うち、枚方市ガイドヘルパー養成研修修了者数（実人員）		人
対応可能な障害種別（※）（丸で囲ってください）	車いす	視覚	知的	精神
※利用者に提供する「移動支援事業所一覧表」に記載させていただきます。				
サービス提供責任者				人
利用契約者総数（枚方市の支給決定を受けている者）				人
利用契約者（受給者証別内訳）		車いす	視覚	知的	精神
	成人	人	人	人	人
	児童	人	人	人	人
損害賠償保険加入情報	保険会社名			
	保険名			
移動支援事業所番号（本市と契約のある事業所のみ）				

※移動支援事業所番号は、前年度契約時の番号をご記入してください。
※報告書の記載事項は、契約書類提出日時点の情報とします。

（注１）一斉連絡等に使用する場合がありますのでご記入してください。

裏面に記載例があります。

移動支援事業者情報報告書　記入例

ふ　り　が　な	きたかわちかいごすてーしょん			
事　業　所　名	北河内介護ステーション			
管　理　者　氏　名	枚方一郎			
法　人　名	社会福祉法人　北河内福祉会			
法　人　代　表　者　職　名	理事長			
法　人　代　表　者　氏　名	河北　花子			
事　業　所　住　所	〒５７３－８６６６　枚方市大垣内町２丁目１番２０号			
事業所電話番号	０７２－８４１－１４５７			
事業所ファクス番号	０７２－８４１－５１２３			
事業所メールアドレス（注１）	shogaif@city.hirakata.osaka.jp			
通常のサービス提供区域	枚方、寝屋川、交野、門真、守口、四条畷、大東			
サービス提供時間帯	平　日	午前　９　時～　午後８　時		
	土曜日	午前　９　時～　午後８　時		
	日・祝	午前　９　時～　午後８　時		
	その他（休業日等）			
ガイドヘルパー総数（実人員）	１０　人			
	うち、枚方市ガイドヘルパー養成研修修了者数（実人員）	５　人		
対応可能な障害種別（※）（丸で囲ってください）	車いす	視覚	知的	精神
※利用者に提供する「移動支援事業所一覧表」に記載させていただきます。				
サービス提供責任者	２　人			
利用契約者総数（枚方市の支給決定を受けている者）	８　人			

利用契約者（受給者証別内訳）		車いす	視覚	知的	精神
	成人	２　人	人	２　人	人
	児童	２　人	人	２　人	人

損害賠償保険加入情報	保険会社名	ひらかた保険株式会社
	保険名	福祉事業者総合保険
移動支援事業所番号（本市と契約のある事業所のみ）		

※移動支援事業所番号は、前年度契約時の番号を記入してください。
※報告書の記載事項は、契約書類提出日時点の情報とします。

（注１）一斉連絡等に使用する場合がありますのでご記入してください。

枚方市障害者地域生活支援事業業務委託契約書
（移動支援事業）

枚方市障害者地域生活支援事業の実施につき、発注者枚方市（以下「発注者」という。）と受注者（法人名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（以下「受注者」という。）とは、次の条項により業務委託契約を締結する。

第１条　　発注者は、次条に掲げる事業に係る業務を受注者に委託し、受注者はこれを受託する。

２　発注者及び受注者は、この契約書に基づき、別冊の仕様書及び留意事項等に従い、日本国の法令を遵守し、この委託契約を履行しなければならない。

第２条　　受注者は、発注者の指示に従い、枚方市障害者移動支援事業実施要綱に規定する移動支援事業（以下「本件事業」という。）を実施するものとする。

第３条　　委託料は、受注者が本件事業の利用者にサービスを提供した時間に応じて、最初の１時間までは２，０００円、それ以後は１５分ごとまでにつき５００円を加算した額を基準として算定した額から、利用者負担額を差し引いた額とし、発注者は、実績払いにより受注者に支払うものとする。

２　契約の期間は、令和　年　月１日から令和８年３月３１日までとする。

第４条　　受注者は、前条の委託料を、本件事業の利用者にサービスを提供した月の翌月１０日までに利用報告書等を添えて請求するものとする。

２　発注者は、受注者の請求を受理した場合、その内容を審査し、適切であると認めた場合、委託料を速やかに支払うものとする。

３　発注者は、受注者が偽りその他不正の手段により委託料の支払を受けたと認めるときは、受注者に既に支払済みの委託料を返還させることがある。

第５条　　受注者は、利用者から発注者の定める利用時間あたりの利用者負担額を徴収することができる。ただし、利用者の課税状況に応じて発注者が別に定める限度額を超えて徴収してはならない。

第６条　　受注者は、この契約により生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、若しくは承継し、又はその権利を担保に供してはならない。ただし、発注者の書面による承諾を得た場合は、この限りでない。

第７条　　受注者は、第１条の規定により発注者が受注者に委託する業務（以下「本件委託業務」という。）の全部若しくは一部を第三者に委託し、又は請け負わせてはならない。ただし、あらかじめ発注者の書面による承諾を得た場合は、この限りでない。

第８条　　本件委託業務の履行に関して発生した損害（第三者に及ぼした損害を含む。以下同じ。）のために必要を生じた経費は、受注者が負担するものとする。ただし、その損害のうち発注者の責めに帰する事由により生じたものについては、発注者が負担するものとし、その額は発注者受注者協議して定めるものとする。

第９条　　発注者は、必要に応じて受注者の事業実施状況を検査し、又は報告及び資料の提出を求めることができる。

２　発注者は、必要と認めるときは、受注者に対し必要な指示をすることができる。

第１０条　　発注者は、受注者が次の各号のいずれかに該当するときは、この契約を解除し、又は本件事業の委託を一時停止することができる。

（１）　この契約の締結又は履行について不正な行為があったときその他枚方市契約規則に違反したとき。

（２）　前号に掲げる場合のほか、この契約又は前条第２項の指示に違反し、その違反によりこの契約の目的を達することができないと認められるとき。

（３）　受注者が、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等に基づく居宅介護等の指定障害福祉サービス事業者等の指定取消処分または効力停止処分を受けたとき、並びに居宅介護等の事業を廃止または休止したとき。

２　受注者は、契約の解除又は本件事業の委託の一時停止があったときは、利用者がサービスを継続的に受けることができるよう、他の事業者への引継ぎ等必要な措置を講じなければならない。

第１１条　　発注者は、必要がある場合には、本件委託業務の内容を変更し、又は一時中止することができる。この場合において、この契約の有効期間又は委託料を変更する必要があるときは、発注者受注者協議して変更契約により、これを定める。

第１２条　　受注者は、この契約の履行に際して知り得た個人情報を第三者に漏らしてはならない。この契約が完了し、又は解除された後も同様とする。

２　受注者は、発注者から提供された個人情報を第三者に漏れないよう適切に保管及び管理しなければならない。

第１３条　　この契約に疑義が生じたときは、発注者受注者協議の上、解決するものとする。

第１４条　　この契約に定めのない事項その他必要事項については、双方誠意をもって協議して定めるものとする。

この契約の締結を証するため、本書２通を作成し、発注者受注者記名押印の上、各自１通を保有するものとする。

令和　　年　　月　１日

発注者　　大阪府枚方市大垣内町２丁目１番２０号
枚　方　市
市　　長　　伏見　隆　　印

受注者　　（所在地）

（法人名及び事業所名）

（代表者）

印

枚方市障害者地域生活支援事業業務委託契約書
（移動支援事業）

枚方市障害者地域生活支援事業の実施につき、発注者枚方市（以下「発注者」という。）と受注者（法人名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（以下「受注者」という。）とは、次の条項により業務委託契約を締結する。

第１条　　発注者は、次条に掲げる事業に係る業務を受注者に委託し、受注者はこれを受託する。

２　発注者及び受注者は、この契約書に基づき、別冊の仕様書及び留意事項等に従い、日本国の法令を遵守し、この委託契約を履行しなければならない。

第２条　　受注者は、発注者の指示に従い、枚方市障害者移動支援事業実施要綱に規定する移動支援事業（以下「本件事業」という。）を実施するものとする。

第３条　　委託料は、受注者が本件事業の利用者にサービスを提供した時間に応じて、最初の１時間までは２，０００円、それ以後は１５分ごとまでにつき５００円を加算した額を基準として算定した額から、利用者負担額を差し引いた額とし、発注者は、実績払いにより受注者に支払うものとする。

２　契約の期間は、令和　年　月１日から令和８年３月３１日までとする。

第４条　　受注者は、前条の委託料を、本件事業の利用者にサービスを提供した月の翌月１０日までに利用報告書等を添えて請求するものとする。

２　発注者は、受注者の請求を受理した場合、その内容を審査し、適切であると認めた場合、委託料を速やかに支払うものとする。

３　発注者は、受注者が偽りその他不正の手段により委託料の支払を受けたと認めるときは、受注者に既に支払済みの委託料を返還させることがある。

第５条　　受注者は、利用者から発注者の定める利用時間あたりの利用者負担額を徴収することができる。ただし、利用者の課税状況に応じて発注者が別に定める限度額を超えて徴収してはならない。

第６条　　受注者は、この契約により生ずる権利又は義務を第三者に譲渡し、若しくは承継し、又はその権利を担保に供してはならない。ただし、発注者の書面による承諾を得た場合は、この限りでない。

第７条　　受注者は、第１条の規定により発注者が受注者に委託する業務（以下「本件委託業務」という。）の全部若しくは一部を第三者に委託し、又は請け負わせてはならない。ただし、あらかじめ発注者の書面による承諾を得た場合は、この限りでない。

第８条　　本件委託業務の履行に関して発生した損害（第三者に及ぼした損害を含む。以下同じ。）のために必要を生じた経費は、受注者が負担するものとする。ただし、その損害のうち発注者の責めに帰する事由により生じたものについては、発注者が負担するものとし、その額は発注者受注者協議して定めるものとする。

第９条　　発注者は、必要に応じて受注者の事業実施状況を検査し、又は報告及び資料の提出を求めることができる。

２　発注者は、必要と認めるときは、受注者に対し必要な指示をすることができる。

第１０条　　発注者は、受注者が次の各号のいずれかに該当するときは、この契約を解除し、又は本件事業の委託を一時停止することができる。

（１）　この契約の締結又は履行について不正な行為があったときその他枚方市契約規則に違反したとき。

（２）　前号に掲げる場合のほか、この契約又は前条第２項の指示に違反し、その違反によりこの契約の目的を達することができないと認められるとき。

（３）　受注者が、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等に基づく居宅介護等の指定障害福祉サービス事業者等の指定取消処分または効力停止処分を受けたとき、並びに居宅介護等の事業を廃止または休止したとき。

２　受注者は、契約の解除又は本件事業の委託の一時停止があったときは、利用者がサービスを継続的に受けることができるよう、他の事業者への引継ぎ等必要な措置を講じなければならない。

第１１条　　発注者は、必要がある場合には、本件委託業務の内容を変更し、又は一時中止することができる。この場合において、この契約の有効期間又は委託料を変更する必要があるときは、発注者受注者協議して変更契約により、これを定める。

第１２条　　受注者は、この契約の履行に際して知り得た個人情報を第三者に漏らしてはならない。この契約が完了し、又は解除された後も同様とする。

２　受注者は、発注者から提供された個人情報を第三者に漏れないよう適切に保管及び管理しなければならない。

第１３条　　この契約に疑義が生じたときは、発注者受注者協議の上、解決するものとする。

第１４条　　この契約に定めのない事項その他必要事項については、双方誠意をもって協議して定めるものとする。

この契約の締結を証するため、本書２通を作成し、発注者受注者記名押印の上、各自１通を保有するものとする。

令和　　年　　月　１日

発注者　　大阪府枚方市大垣内町２丁目１番２０号
枚　方　市
市　　長　　伏見　隆　　印

受注者　　（所在地）

（法人名及び事業所名）

（代表者）

印

枚方市障害者地域生活支援事業仕様書（移動支援事業）

第１章　一般事項

１　業務の目的

屋外での移動が困難な障害者及び障害児（以下「障害者等」という。）について、外出のための支援を行うことにより、障害者等の地域での自立生活及び社会参加の促進に資することを目的とする。

２　業務委託名

枚方市障害者移動支援事業

３　利用者

枚方市障害者移動支援事業実施要綱（以下「要綱」という。）第２条に規定する者のうち、要綱第４条に基づき枚方市長（以下「発注者」という。）が事業の利用を承認した者。

４　事業の適用除外

社会通念上、支援が適当でない場合は適用除外とする。

５　遵守事項

（１）　受注者は、事業従業者の資質向上のために、研修の機会を確保しなければならない。

（２）　受注者は、サービス提供時に事故が発生した場合は、市長及び家族等に速やかに連絡しなければならない。

（３）　受注者は、この事業に係る経理と他の事業に係る経理との区分に努めるとともに、経理に関する帳簿等、必要な書類を備え付けるものとし、提供したサービス内容、利用時間数等を記録のうえ、毎月その結果を発注者および利用者に報告するものとする。

（４）　事業従業者は、その業務に専念しなければならない。また、利用者の人格を尊重し業務を行うとともに、利用者に関して業務上知り得た秘密を漏らしてはならない。

６　委託期間

契約締結日から令和８年３月３１日までとする。

第２章　業務内容

１　利用契約

受注者は、第１章３の利用者が要綱第６条のとおり受給者証を提示し、要綱第３条に定める支援を求めた場合、障害種別や第２章７に定める事業従業者の派遣が可能であるか等の諸状況を考慮の上、受給者証の支給決定期間が契約可能期間であることを確認し、契約可能期間内であれば、支給内容欄の支給量の範囲内で契約を交わすことができる。契約書は、特に様式を定めないため、受注者が用意するものとする。

なお、契約した場合は、受給者証の移動支援事業者記入欄に事業者名称、契約量、及び契約日を記入すること。

２　利用契約終了

第２章１の利用契約を解除する場合は、受給者証の移動支援事業者記入欄に契約終

了日、及び終了月の既提供量を記入すること。

3　支援の内容

要綱第３条に規定する支援

4　支援を受けた者の費用負担

受注者は、第２章３の支援を受けた者（以下「利用者」という。）から、第２章５の委託料の１割にあたる費用負担額を、利用対象者の負担上限月額を限度に、利用実績に応じて徴収する。

なお、利用対象者の負担上限月額は、要綱第４条の利用申請に基づき、発注者が利用対象者にサービス利用の支給を決定する時点における利用対象者本人（本人が１８歳未満の場合はその保護者）の市民税課税状況等を基に決定し、受給者証に記載する額とする。

市民税課税状況による負担上限月額は下表のとおりとする。

利用対象者本人（本人が 18 歳未満の場合はその保護者）の市民税課税状況	負担上限月額
生活保護受給	0 円
非　課　税	0 円
課　税	2,000 円

5　委託料支払条件

発注者は、受注者の請求に基づき、事業委託に係る経費として、枚方市障害者地域生活支援事業業務委託契約書第３条に定める委託料（下表）から、第２章４の利用者の費用負担額を差し引いた金額を、月ごとの実績払いにより支払う。

委　託　料
最初の 1 時間までは 2,000 円、それ以後は 15 分ごとまでにつき 500 円を加算した額。

6　費用負担の上限管理

受注者は、利用者から第２章４に定める費用負担額を徴収する際、利用者が所持する、発注者が別に定めた「移動支援事業利用者負担額管理表」に必要事項を記載して徴収可能額を確認し、利用者から負担上限月額を超えて費用負担額を徴収してはならない。

7　事業従業者等

事業従業者は、次の要件を備えていなければならない。

（１）　別表「従事者資格一覧表」に記載してある資格のいずれかを所持していること。ただし、その資格により従事可能な障害についてのみ（表中〇印）従事することができる。

（２）　研修を毎年１回以上受講し、資質向上に努めていること。

（３）　その他、発注者が従業者として適当と認めた者。

8　事故発生時の対応

（１）　受注者は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、枚方市、当該家族などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じなければならない。

（２）　受注者は、事故の状況及び事故に際して採った処置について、記録しなければならない。

（３）　受注者は、賠償すべき事故が発生した場合に損害賠償を速やかに行うため、任意保険若しくは共済に加入しなければならない。

枚方市障害者地域生活支援事業仕様書（移動支援事業）

別表　従事者資格一覧表

	資格種別	全身性 ガイドヘルプ	視覚 ガイドヘルプ	知的 ガイドヘルプ	精神 ガイドヘルプ
みなし資格	全身性障害者	○	×	×	×
	視覚障害者	×	○	×	×
	知的障害者	×	×	○	×
指定講座資格	全身性障害者 移動支援従業者養成研修	○	×	×	×
	視覚障害者 移動支援従業者養成研修	×	○	×	×
	知的障害者 移動支援従業者養成研修	×	×	○	×
	精神障害者 移動支援従業者養成研修	×	×	×	○
	日常生活支援講座	○	×	×	×
ホームヘルパー資格	１級	×	×	○	○
	２級　＋　大阪府又は枚方市の精神上乗せ研修	×	×	○	○
	２級	×	×	○	×
	３級	×	×	○	×
	初任者研修	×	×	○	×
新規資格	介護職員基礎研修	×	×	○	○
	実務者研修	×	×	○	○
	行動援護従事者研修	×	×	○	○
	重度訪問介護従事者研修	○	×	×	×
	同行援護従事者研修	×	○	×	×
枚方市研修	全身性ガイドヘルプ	○	×	×	×
	視覚ガイドヘルプ	×	○	×	×
	知的ガイドヘルプ	×	×	○	×
	精神ガイドヘルプ	×	×	×	○
	ＧＨ世話人初任者講習	×	×	○	△
資格	介護福祉士	×	×	○	○
	看護士（正・准）	×	×	○	○

その他…盲ろう者通訳介助養成研修修了者は、視覚ガイドヘルプに従事できる。また、北河内各市の各種ガイドヘルパー養成研修の修了者は、それぞれ枚方市のガイドヘルパー養成研修の修了者と同様に取り扱う。

△…講習の内容により、該当するものと該当しないものがある。

枚方市

枚方市障害者移動支援事業留意事項　【令和７年４月】

１．対象者（高齢入所型施設入所者は除く）

・車イス利用者（難病患者等も対象。手帳所持者でなくても特定医療費（指定難病）受給者証又は診断書の提出により利用申請可能）
・視覚障害者（障害者総合支援法上の施設入所者に限る）
・知的障害者（障害特性により発達障害も対象。手帳所持者でなくても診断書の提出により利用申請可能）
・精神障害者（発達障害も対象。手帳所持者でなくても診断書等の提出により利用申請可能）

２．支給量

（１）１８歳以上　　１か月あたり、５０時間
　　ただし、単身者及びそれに準じる場合（※1）は８０時間
　　※１：同居者が障害者又は要介護認定者、グループホーム入居者など

（２）１８歳未満
　　小学１年生以上　　１か月あたり２５時間
　　中学生　　１か月あたり３０時間
　　高校生　　１か月あたり３５時間
　　※夏休み期間の取り扱いについては別途協議

（３）高等学校在籍者については、卒業式の翌日から１８歳以上の取り扱いが可能となります。

３．支給量決定の仕方

３か月ごとの時間数を決定　（基準月：４月、７月、１０月、１月）

４．利用者負担上限月額

生活保護、市民税非課税……０円　　市民税課税……２０００円

５．利用の範囲

（１）利用可能
＊余暇活動等への参加
＊宿泊を伴う外出（国外は除く）
　注意：事前に交通費、宿泊費等の費用負担と宿泊先での介護時間等の範囲を利用者と事業者間で取り決めておく必要があります。
＊短期入所事業所への送迎
＊日中一時支援事業及び放課後等デイサービスを利用する場合で放課後利用時は、学校から事業所までの送りのみ（通学支援にてこの間のサービスを受けている方を除く）
＊三季休業期間（登校日等は除く）における留守家庭児童会室への送迎
＊地域活動支援センター
＊通所施設（介護保険サービス事業所を除く）
＊外出先から医療機関まで
（但し、医療機関から自宅まで通院等介助を利用する場合のみ）
＊医療機関からの社会参加
（但し、自宅から医療機関まで通院等介助を利用している場合のみ）
＊習い事への付き添い（技術指導や技術補助など、支援に関与しない時間は算定外）

支給量の中で自由に利用

（２）利用不可
＊通学
＊通勤（※）講演会等の講師依頼で謝礼が発生する場合で、以下のいずれにも該当しない場合は認めます。
　・月の収入が３万円を超えるもの（交通費等必要経費は除く）。
　・雇用関係にあるもの（パート・派遣も含む）。
　・自営業（自ら主催するイベント・講座等を含む）。
＊通院（定期、不定期を問わず）…詳細は「移動支援を利用する通院の取り扱いについて」をお読みください。
　ただし、グループホーム入居者で通院承認者には受給者証に「通院可」の記載があります。
＊ガイドヘルパーが運転する車での外出

６．２人介護について

・２人介護の取り扱い・・・勘案のうえ、必要な「部分」について２人介護を認めます。
・３か月間の本人外出保障時間が特記事項に記入されている場合、１人介護での外出時間が多くなっても、本人外出保障時間を超えて移動支援事業は利用できません。

●特記事項の記載例

①支給量３００時間／３ヶ月「常時２人介護（本人外出保障１５０時間／３ヶ月）」

この場合支給決定時間は３００時間/３か月です。３か月間における本人の外出トータル時間は１５０時間です。

②支給量２１０時間／３ヶ月「２人介護可（本人外出保障１５０時間／３ヶ月）」

階段昇降時のみなど、限定した条件下での２人介護の場合の記入例です。この場合、階段昇降時６０時間／３か月を支給し、合計２１０時間／３か月です。

１人介護での外出時間が多くなった場合でも、３か月間の本人外出トータル時間は最大１５０時間です。なお、本人外出保障時間の記載がない場合、支給時間内にて必要な部分に対し２人介護を認めます。

７．介護者の市立施設利用料金の減免

申し出により、受給者証の特記事項にラポールプール及び王仁プール使用料、鍵屋資料館利用料：本人及び介護者２人まで減免可と表記しています。

８．地域生活支援事業利用決定通知書および受給者証について

・決定通知書および受給者証を本人宛に交付します。
・受給者証の特記事項に、従事ガイドの種別コードを明記しています

車いすガイド・・・成人１１１、１１３	児童５１１、５１３
視覚ガイド・・・・成人１１２	児童５１２
知的ガイド・・・・成人１２０	児童５２０
精神ガイド・・・・成人１３０	児童５３０

９．移動支援事業利用報告書について

委託料請求時に**コピーを提出し**、原本は各事業所で保管をお願いします。

（１）移動手段について

徒歩	徒歩及び車いす利用
公共交通機関	電車、飛行機、路線バス、連絡船、一般タクシーなど
福祉移送	福祉移送サービス、介護タクシー （利用車両の会社名・事業所名等を記入してください）
その他	上記に該当しない移動手段をその他とします （家族が運転する自家用車、福祉バス、定期観光バス等）

＊いずれの移動手段も安全上十分配慮したうえ、**事故等も事業者が責任をもって対応**してください。

（２）従業者氏名はフルネームを記入してください。
（３）その他、記入例をよくお読みください。

１０．利用者負担額の管理について

負担上限月額が 2,000 円であり、当該月に複数の事業所を利用する受給者について、利用者負担額の管理が必要となった場合は、負担額が上限額に到達したときの事業所が、「利用者負担額管理表」に事業所名を記入し、確認欄に署名又は押印のうえ、**原本**を委託料請求時に提出してください。

なお、事務の簡素化の観点から、事業所間で調整がつき、かつ利用者の同意が得られれば、１つの事業所が利用者負担額をまとめて徴収することも可能とします※。

（※ただし１つの事業所がその基準報酬額の１割を超える額を徴収することはできません。例えば負担上限月額２０００円に対し、Ａ事業所１８００円・Ｂ事業所４５０円の負担額を計上するような、各事業所単位では上限に達しないが、合算すると上限を超える場合に、Ａ事業所２０００円・Ｂ事業所０円と調整することは認められません。）

●提出必要…複数の事業所が利用者負担額を徴収し、その合計が負担上限月額に達する場合。
●提出不要…1つの事業所しか利用していない場合。複数の事業所を利用しているが、1つの事業所でまとめて利用者負担額を徴収している場合。

利用者負担額の管理については、居宅介護等と異なり上限管理事業所は設定しませんので、事業所間の自発的な連絡が重要となります。以下の点に留意してください。

＊利用者との契約の際、もし先に契約している事業所があれば、その事業所にも契約を結んだ旨を連

絡して、利用者の契約情報を共有してください。連絡先が分からなければ市に問い合わせてください。
＊利用の多少に係わらず、他の事業所と利用時間・利用者負担額等を連絡し合ってください。

１１．その他、算定についての注意事項

・一連の行為と考えられるサービスで、サービス提供がない時間があれば実動時間を合算してください。
・報酬の算定範囲はサービス提供時のみです。
・ヘルパーの２人派遣はヘルパーごとの算定とします。
・一連の行為の移動支援で、ヘルパー交替での連続提供は１回の算定とします。
・移動支援が終了し帰宅後、別内容の移動が連続したときは別々の算定とします。

・ヘルパーが自ら運転する車で外出し、目的地到着後ヘルパーとして従事することは、道路運送法に抵触するため算定できません。
・ヘルパーがその親族等に対して従事する、またはこれに類推する行為（例：婚姻等により別世帯になった子がヘルパーとして従事。複数のヘルパーが互いの親族に対して従事する形をとって、合同で外出する等）はサービス提供とは認められません。
・請求額算定時には必ず受給者証を確認してください。
・事業者が主催する移動支援事業契約者対象のイベント開催時は市に相談ください。
・利用者から実費負担を求める場合は、契約書等に明記するとともに、利用者から料金等を徴収した場合は、事業所の領収書を発行してください。
・利用者に対し、利用報告書の内容と同程度の記録（サービス内容、契約時間、利用時間数及び残り時間数等）を提供してください。

枚方市

枚方市障害者移動支援事業実施要綱　⑥

平成 25 年 3 月 29 日制定
枚 方 市 要 綱　第 50 号

（目的）

第１条　この要綱は、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77条第１項の地域生活支援事業として、同法第４条第１項に規定する障害者及び同条第２項に規定する障害児（以下「障害者等」という。）のうち、屋外での移動が困難なものに対し、外出のための必要な支援を行う事業（以下「事業」という。）を実施することにより、障害者等の地域での自立生活及び社会参加を促進し、もって障害者等の福祉の増進を図ることを目的とする。

（対象者）

第２条　事業の利用の対象となる者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれかに該当する者とする。

⑴　市内に居住している障害者等

⑵　市外に居住している障害者等のうち、市が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６条に規定する自立支援給付に係る支給決定を行っているもの

（支援の内容）

第３条　事業の実施による支援の内容は、次の各号に掲げるものとする。

⑴　車椅子の操作、手引き、促しその他の障害者等の移動の支援

⑵　外出時に必要とする代読、代筆その他のコミュニケーションの支援

⑶　外出時に必要とする食事、衣服の着脱及び排せつの介助

⑷　外出における出発時及び帰宅時の身辺介助

⑸　前各号に掲げるもののほか、必要と認める介助

（利用の申請等）

第４条　事業を利用しようとする者は、あらかじめ、障害者移動支援事業利用申請書を福祉事務所長に提出するものとする。

２　福祉事務所長は、前項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、事業の利用の承認又は不承認を決定するものとする。

（受給者証の交付等）

第５条　福祉事務所長は、前条第２項の規定により事業の利用を承認したときは、当該申請書の提出をした者（以下「利用者」という。）に対し、受給者証を交付するものとする。

２　福祉事務所長は、前条第２項の規定により事業の利用を承認しなかったときは、利用不承認通知書により当該申請書の提出をした者にその旨を通知するものとする。

（受給者証の提示）

第６条　前条第１項の規定により交付された受給者証は、事業を利用する際に、提示しなければな

らない。

（費用の負担）

第７条　利用者は、別に定めるところにより、事業の実施に要する費用の一部を負担するものとする。

（届出）

第８条　利用者は、次の各号のいずれかに該当する場合は、速やかに、福祉事務所長に届け出て、その指示に従わなければならない。

⑴　第４条第１項の規定により提出した申請書の記載内容に変更が生じたとき。

⑵　前号に掲げる場合のほか、事業を利用することができなくなり、又は事業の利用を要しなくなったとき。

（利用の承認の取消し）

第９条　福祉事務所長は、利用者が次の各号のいずれかに該当する場合は、事業の利用の承認の決定を取り消すことができる。

⑴　対象者でなくなったとき。

⑵　偽りその他不正な手段により事業の利用の承認の決定を受けたとき。

⑶　前２号に掲げる場合のほか、福祉事務所長が事業の利用に支障があると認めたとき。

（事業の委託）

第10条　市長は、社会福祉法人その他事業を適切に実施することが可能であると認める団体に、事業の実施を委託することがある。

（様式）

第11条　この要綱で使用する申請書等の様式は、別に定める。

（補則）

第12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

１　この要綱は、平成25年４月１日から施行する。

２　枚方市障害者移動支援事業実施要綱（平成24年枚方市要綱第10号。以下「旧要綱」という。）は、廃止する。

３　この要綱の施行の日前に旧要綱の規定によりなされた申請、決定その他の行為は、この要綱の規定によりなされた申請、決定その他の行為とみなす。

請求書等の作成・提出に関する注意事項

【重要】受給者証番号は必ず令和７年度の受給者証番号（“５”から始まる１０桁の番号）を記載してください。
※児童から成人になられた方は受給者番号が変更となります。

一般的な注意事項

◎請求書等はサービス提供の翌月１０日（１０日が休日の場合はその前の開庁日）までに提出してください。やむを得ず提出が遅れる場合は、必ず担当までご連絡ください。
◎**請求書等の提出が連絡無く遅れた場合は、支払いが次月以降に遅れる、または支払いに応じられないことがありますので、ご注意ください。**
◎**請求書について、訂正印、修正液等の使用及び二重線等での訂正は認められません。**書き損じた場合は、お手数ですが改めて作成してください。（利用報告書その他の様式は訂正印、修正液等を使用いただいても結構です。）
◎利用報告書はコピーを提出し、原本は事業所が責任を持って保管してください。
◎請求書等を郵送する際は、封筒の宛名には「福祉事務所長」ではなく、「福祉事務所障害企画課移動支援事業請求担当」と書いてください。また、請求書等は折りたたんで**定形封筒で郵送いただいて差しつかえありません。**
◎請求内容に誤りがある等で市から連絡する場合は、連絡事項を書面で残しておく必要から、原則としてファクシミリを用いますのでご留意ください。

請求書等の様式（電子ファイル）について

各様式の電子ファイル（エクセル形式）を希望される場合は、E メールにて裏面記載のアドレスまでご連絡いただければ、折り返しファイルを送信いたします。

利用者負担額管理表の提出について

利用者が**複数の事業所**に利用者負担額を支払って、負担額の合計が上限月額に達した場合に、**原本を提出**してください。なお**以下の場合は提出不要**です。
◎負担額の合計が上限月額に達していない。
◎ひとつの事業所のみを利用している。
◎複数の事業所を利用しているが、ひとつの事業所でまとめて負担額を徴収している。

移動支援請求書類点検チェックシートの提出について

請求書等の提出前に、移動支援請求書類点検チェックシートを用いて当該請求書類等に不備等がないか点検を行ってください。全ての項目にチェック後、確認日・事業所番号・事業所名称・確認者氏名を記入の上、請求書等と一緒に提出してください（ひと月分の請求につき１枚）。

令和７年度移動支援事業委託料振込予定日

利用月	振込予定日
４月分	令和７年　６月２０日
５月分	令和７年　７月１０日
６月分	令和７年　８月１２日
７月分	令和７年　９月１０日
８月分	令和７年１０月１０日
９月分	令和７年１１月１０日
１０月分	令和７年１２月１０日
１１月分	令和８年　１月２０日
１２月分	令和８年　２月１０日
１月分	令和８年　３月１０日
２月分	令和８年　４月１０日
３月分	令和８年　５月２０日

（問い合わせ先）
枚方市役所　健康福祉部　福祉事務所　障害企画課
TEL：072-841-1152（直通）
FAX：072-841-5123
E メール：shogaif@city.hirakata.osaka.jp

移動支援を利用する通院の取り扱いについて

病院への通院※に関しての移動介助については、「定期」「不定期」通院に関わらず、居宅介護（通院等介助等）において実施することが原則になっています。しかしながら、居宅介護（通院分）で対応できない場合や、通院に関する支給決定自体がされていない場合に関しては、緊急、臨時対応として移動支援での通院介助を例外的に認めています。（介護保険対象者は介護保険での対応が優先です）そこで移動支援を利用する通院について、下記の取り扱いとしておりますので、ご承知願います。

※通院とは保険適用診療のみを示しています。

記

１　居宅介護（通院分）で対応ができない場合や、通院に関する支給決定自体がされていない場合に関して

地区担当ケースワーカーあてに連絡をしていただき、必要と判断された場合に、「移動支援」での通院介助を認めます。「移動支援」で通院介助を認めるにあたり、事業所より枚方市役所あてに、通院毎に別添「移動支援利用による通院報告書」を提出していただくことになります。

２　居宅介護（通院分）の支給決定がされている人に関して

「定期通院」に対し、居宅介護（通院分）での支給決定がされている人に関して、「定期通院」以外の風邪や腹痛、本人の意向等による「不定期通院」の場合についても、地区担当ケースワーカーあてに連絡の上、支給決定されている時間内で対応していただくことになります。なお、居宅介護で通院する際は、「移動支援利用による通院報告書」の提出は不要です。

※時間内対応は、あくまでもケアプランの通院をおこなった上での残りの時間数です。

※通院分以外で身体介護（入浴・排泄など）の支給決定がされている時間数での対応は原則できません。

３　移動支援による通院介助について

診察内容により、継続した通院治療が必要と診断された場合、地区担当ケースワーカーが状況確認した上で、速やかに身体介護・通院等介助の支給決定をおこないます。

ただし、障害支援区分が認定されていない方については、区分認定が必要となります。（区分認定がされるまでの間は、特例介護給付費での対応となる場合があります。）

４　その他

上記内容に関して、土・日・祝日に地区担当ケースワーカーに連絡する必要性が生じた場合は、事後報告で結構ですので、速やかに連絡してください。

介護保険給付を受けている方は、原則として介護保険での対応となります。

連絡先
枚方市役所　健康福祉部　福祉事務所　障害支援課
TEL：072-841-1457（直通）
FAX：072-841-5123
E メール：syogaishien@city.hirakata.osaka.jp

移動支援利用による通院報告書

令和　　年　　月　　日

（提出先）枚方市長

下記のとおり報告します。

受給者番号		障害種別	身体 ・ 知的 ・ 精神
フリガナ 支給決定障害者 （保護者）氏名		生年 月日	大・昭・平・令 年　　月　　日（　　歳）
居住地	〒 電話番号		
フリガナ 支給決定に係る 障害児氏名		続柄 生年 月日	 年　　月　　日（　　歳）

通院日時	令和　　年　　月　　日（通院時間：　　時　　分から　　時　　分まで）		
医療機関名		診療科目	科
受診理由		今後の通院の必要性および回数	有（　　回）・無
利用事業所			

1　この報告書は、通院した当該月中に必ず提出して下さい。

2　当該月に複数回の通院をした場合は、通院毎に報告書を提出して下さい。

地域生活支援事業（移動支援事業）委託料請求書

枚方市福祉事務所長　殿

請求金額			百万			千			円

内訳	令和		年		月分

請　求　費　名	件　数	金　額
移動支援事業委託料		
合　　計		

上記のとおり請求します。

令和　　年　　月　　日

請求事業者	枚方市　移動支援事業所番号	
	住　所 （所在地）	〒
	電話番号	（　　）
	ＦＡＸ番号	（　　）
	名　称	
	職・氏名	印

枚方市

移動支援請求書類点検チェックシート
（請求書等と一緒に提出してください）

□ 全体
- □ 受給者証（オレンジ色）で各支給決定期間等の確認を行いましたか？
- □ 利用請求書・報告書について鉛筆・インクが消えるペン等で記載していませんか？
- □ 提出する利用報告書は原本でなくコピーですか？

□ 請求書の点検
- □ 請求書について修正液等や二重線で訂正していませんか？
- □ 提供月・件数・金額の誤りはありませんか？
- □ 事業所番号は利用報告書と一致していますか？
- □ 住所・名称・職・氏名・印は、契約書（または委任状）と一致していますか？
- □ 印影はすべての文字が読めるよう鮮明に捺印されていますか？

□ 利用報告書の点検
- □ 受給者証番号・氏名は正しいですか？
  （１８歳到達により児童から成人に切り替わる方は受給者番号が変わります）
- □ 3か月ごとの残時間数確認表の記載漏れ及び誤りはありませんか？
- □ 負担上限月額の記載漏れはありませんか？
- □ 負担額が発生する利用者について、利用者負担額が記載されていますか？
- □ 利用者負担額が負担上限月額を超過していませんか？
- □ 利用時刻と所要時間、算定時間に誤りはありませんか？
- □ 行き先、外出の内容・目的に、「どこへ、何をしに行った」のかが
  分かるように具体的に記載されていますか？
- □ 従業者氏名はフルネームで記載していますか？
- □ 移動手段の記載漏れはありませんか？
- □ 利用報告書右下の利用者確認欄について、確認日、確認欄の漏れはありませんか？
  （確認欄は署名又は押印のどちらでも可）
- □ 利用報告書左下の「〇枚中〇枚目」に記載はありますか？

□ 利用者負担額管理の点検
- □ 他の事業者との契約の有無を確認しましたか？
- □ 他の事業者との契約があり、利用者負担額の調整が必要な場合において、
  利用者負担額管理表を作成していますか？（※１）
- □ 利用者負担額管理表に記載の額と実際の利用者負担額に相違はありませんか？（※２）

※　利用者負担額の調整がない場合は、※１及び※２はチェック不要

確　認　日	令和　　年　　月　　日
事業所番号	
事業所名称	
確認者氏名	

枚方市

移動支援事業　利用報告書

枚方市移動支援事業所番号						事業所名

提出日：令和　　年　　月　　日

令和　　年　　月利用分

受給者証番号		支給決定期間満了日	令和　　年　月　日
受給者氏名		支給決定時間数	時間/3か月
（児童氏名）		＊本人外出保障時間	時間/3か月
住所	枚方市	事業所との契約時間数	時間/3か月
		負担上限月額	円

3か月ごとの残時間数確認表

契約時間数	時間/3か月
第1月（　　月）利用時間	時間
第2月（　　月）利用時間	時間
残時間数	時間

利用日	実際の利用時刻		実質所要時間	利用算定時間	基準報酬額	利用者負担額	行き先			外出の内容・目的	従業者氏名（フルネーム）	移動手段（1徒歩、2公共交通、3福祉移送）			
	開始	終了					出発地	目的地	帰着地						
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
日	:	:	:	:								1	2	3（　　）	その他（　　）
			小計	:	①	②	①−②		円						
（　　枚中　　枚目）			合計	:	①	②	①−②		円	←報告書が複数枚ある時は1枚目に合計を記入してください					

利用月の最終利用日以降に利用者に必ず確認をもらってください

利用者確認欄	確認日	確認欄

※原本は事業所で保管し、コピーを市に提出してください。

枚方市

移動支援事業　利用者負担額管理表

受給者証番号	受給者氏名（児童氏名）	利用者負担上限月額
		円

令和　　年　　月分

日	利用時間	事業者名	確認欄	利用者負担額	累　計
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				
	：				

回収日　　令和＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

管理表回収事業者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

※上限額に到達したときの事業者が、事業者名を記入し押印のうえ、原本を請求時に市に提出してください。
※利用者が１つの事業所のみを利用している場合、複数び事業所を利用しているが、利用者負担額の合計が負担上限月額に達しない場合、または１つの事業所でまとめて利用者負担額を徴収している場合は提出は不要です。

枚方市

請求書　記入例

地域生活支援事業（移動支援事業）委託料請求書

注意！
請求書に訂正印・修正液等の使用及び二重線等での訂正は認められません。
書き損じたときは、最初から書き直してください。

枚方市福祉事務所長　殿

請求金額	¥	1	百万 2	3	4	千 5	6	7	円 8

請求金額は３ヵ所記入してください。

内訳	令和	6	年	4	月分

請求費名	件数	金額
移動支援事業委託料	70	12,345,678
合計		12,345,678

その月の実利用者数を記入してください。

上記のとおり請求します　令和 6 年

５桁の事業所番号を記入してください。
（番号は委託契約書の返送時に通知します）

契約書または委任状の住所を記入してください。

請求事業所	枚方市　移動支援事業所番号	1 2 4 5
	住所（所在地）	〒573-8666 枚方市大垣内町２丁目１番２０５
	電話番号	072 (841) 1457
	ＦＡＸ番号	072 (841) 5123
	名称	(株)ひらかた介護事業所 ヘルパーステーションひらかた
	職名	代表取締役　ひらかた　一郎

契約書または委任状の法人名を記入してください。法人名と事業所名が異なる場合は、両方を併記してください。

契約書または委任状の代表者の職名（理事長、管理者等）を記入してください。職名は印鑑と合わせてください。

契約書または委任状に押印した印鑑を使用してください。

チェックシート　記入例

移動支援請求書類点検チェックシート
（請求書等と一緒に提出してください）

☑ 全体
- ☑ 受給者証（オレンジ色）で各支給決定期間等の確認を行いましたか？
- ☑ 利用請求書・報告書について鉛筆・インクが消えるペン等で記載していませんか？
- ☑ 提出する利用報告書は原本でなくコピーですか？

☑ 請求書の点検
- ☑ 請求書について修正液等や二重線で訂正していませんか？
- ☑ 提供月・件数・金額の誤りはありませんか？
- ☑ 事業所番号は利用報告書と一致していますか？
- ☑ 住所・名称・職・氏名・印は、契約書（または委任状）と一致していますか？
- ☑ 印影はすべての文字が読めるよう鮮明に捺印されていますか？

☑ 利用報告書の点検
- ☑ 受給者証番号・氏名は正しいですか？
  （１８歳到達により児童から成人に切り替わる方は受給者番号が変わります）
- ☑ 3か月ごとの残時間数確認表の記載漏れ及び誤りはありませんか？
- ☑ 負担上限月額の記載漏れはありませんか？
- ☑ 負担額が発生する利用者について、利用者負担額が記載されていますか？
- ☑ 利用者負担額が負担上限月額を超過していませんか？
- ☑ 利用時刻と所要時間、算定時間に誤りはありませんか？
- ☑ 行き先、外出の内容・目的に、「どこへ、何をしに行った」のかが
  分かるように具体的に記載されていますか？
- ☑ 従業者氏名はフルネームで記載していますか？
- ☑ 移動手段の記載漏れはありませんか？
- ☑ 利用報告書右下の利用者確認欄について、確認日、確認欄の漏れはありませんか？
  （確認欄は署名又は押印のどちらでも可）
- ☑ 利用報告書左下の「〇枚中〇枚目」に記載はあ

必ず全ての項目を確認し、全ての項目にチェックを入れてください。
（利用者負担額の調整がない場合は、※１及び※２はチェック不要）

☑ 利用者負担額管理の点検
- ☑ 他の事業者との契約の有無を確認しましたか？
- ☑ 他の事業者との契約があり、利用者負担額の調整が必要な場合において、
  利用者負担額管理表を作成していますか？（※１）
- ☑ 利用者負担額管理表に記載の額と実際の利用者負担額に相違はありませんか？（※２）

※　利用者負担額の調整がない場合は、※１及び※２はチェック不要

確　認　日	令和6 年5月１０日
事業所番号	12345
事業所名称	ヘルパーステーションひらかた
確認者氏名	ひらかた　花子

利用者負担額管理表　記入例

移動支援事業　利用者負担額管理表

受給者証番号	受給者氏名（児童氏名）	利用者負担上限月額
5000001234	ひらかた　一郎	2,000円

令和　6　年　4　月分

日	利用時間	事業者名	確認欄	利用者負担額	累　計
1	5:00	A介護事業所	A	300	300
5	**3:15**	**Bヘルパーステーション**	B	**900**	**1,200**
12	**1:30**	**Bヘルパーステーション**	B	**600**	**1,800**
19	2:00	A介護事業所	A	200	2,000
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				
	:				

担当ヘルパーの署名又は押印でも可。

累計が負担上限月額に達した以降は記入不要です。

●提出必要…複数の事業所が利用者負担額を徴収し、その合計が負担上限月額に達する場合。

●提出不要…１つの事業所しか利用していない場合。複数の事業所を利用しているが、１つの事業所でまとめて利用者負担額を徴収している場合。

回収日　　令和　6　年　5　月　１０　日

事業所印または代表者印で押印すること。

管理表回収事業者名　A介護事業所　A　印

※上限額に到達したときの事業者が、事業者名を記入し押印のうえ、原本を請求時に市に提出してください。
※利用者が１つの事業所のみを利用している場合、複数び事業所を利用しているが、利用者負担額の合計が負担上限月額に達しない場合、または１つの事業所でまとめて利用者負担額を徴収している場合は提出は不要です。

枚方市

記入例

移動支援事業　利用報告書

枚方市移動支援事業所番号	1	2	3	4	5	事業所名 ヘルパーステーションひらかた

5桁の事業所番号を記入してください。

提出日：令和 6 年 7月 9 日

令和 6 年 6月利用分

受給者証番号	5000012345	支給決定期間満了日	令和 7年3月31日
受給者氏名	ひらかた　一郎	支給決定時間数	150 時間/3か月
（児童氏名）		＊本人外出保障時間	時間/3か月
住所	枚方市 大垣内2丁目1－20	事業所との契約時間数	75 時間/3か月
		負担上限月額	2,000 円

受給者証を十分確認のうえ記入してください。

3か月ごとの残時間数確認表

契約時間数	75 時間/3か月
第1月（ 4月）利用時間	25 時間
第2月（ 5月）利用時間	20 時間
残時間数	30 時間

3か月単位とは
① 4月・5月・6月
② 7月・8月・9月
③10月・11月・12月
④ 1月・2月・3月
各グループの一番左が第1月、真ん中が第2月、一番右が第3月です。
＊第1月の報告時は契約時間がそのまま残時間数となります。第2月の報告時には第1月の利用時間、第3月の報告時は第1、第2月の利用時間を記入し、最後に契約時間から引いてください。

利用日	実際の利用時刻 開始	実際の利用時刻 終了	実質所要時間	利用算定時間	基準報酬額	利用者負担額	行き先 出発地	行き先 目的地	行き先 帰着地	外出の内容・目的	従業者氏名（フルネーム）	移動手段（1徒歩、2公共交通、3福祉移送）			
1日	9:00	14:30	5:30	5:30	11,000	1,100	自宅	○○モール	自宅	買い物	枚方　ヘル子	1	(2)	3（　）	その他（　）
2日	10:00	12:10	2:10	2:15	4,500	450	自宅	○○店	自宅	買い物	枚方　ヘル子	(1)	2	3（　）	その他（　）
7日	9:30	10:10	0:40	1:00 ※1	2,000	200	自宅	○○公民館	自宅	会合参加	大垣　内也	(1)	2	3（　）	その他（　）
8日	12:00	14:30	2:30	2:30	5,000	250	自宅	○○図書館	自宅	読書	枚方　ヘル子	1	2	(3)（▲介護タクシー）	その他（　）
14日	10:30	12:15	1:45	1:45	3,500		自宅	○○書店	自宅	買い物	大垣　内也	(1)	2	3（　）	その他（　）
14日	18:00	20:00	2:00	2:00	4,000		自宅	○○店	自宅	外食	枚方　ヘル子	1	2	3（　）	(その他)（家族運転の車）
15日	11:00	21:00	10:00	8:00	16,000		自宅	○○映画館	自宅	映画鑑賞・外食	枚方　ヘル子	(1)	(2)	3（	
▲日	（15:00	17:00）	▲2:00	:						（映画鑑賞中）		1	2	3（	
27日	9:00	10:00	1:00	2:00	4,000		自宅	○○店	自宅	買い物	枚方　ヘル子	(1)	2	3（	
27日	10:00	11:00	1:00	:							大垣　内也	1	2	3（	
日	:	:	:	:								1	2	3（　）	その他（　）
												1	2	3（　）	その他（　）
												1	2	3（　）	その他（　）
												1	2	3（　）	その他（　）

「中抜け」の記入例です。中抜けの時間と内容が分れば、必ずしもこの例の通りでなくても構いません。

ヘルパーが途中で交代した場合の記入例です。

「実質所要時間」は開始時刻から終了時刻までの時間を記入します。
「利用算定時間」は実質所要時間を15分単位に換算した時間を記入します。一連のサービスの中でサービス提供がない時間（いわゆる中抜け）があれば、実動時間を合算してください。
実質所要時間が1時間以下の場合は利用算定時間は1時間となります（上記※1）。
利用算定時間 × 1，800 ＝ 基準報酬額 となります。

「どこに、なにをしに行った」のかが分かるように簡潔に記入してください。
特に「内容・目的」は「社会参加」や「余暇活動」などの曖昧な記述ではなく、「買い物」「映画鑑賞」など、具体的に書いてください。

	小計	25:00	① 50,000	② 2,000	①-② 48,000 円
（1 枚中 1 枚目）	合計	25:00	① 50,000	② 2,000	①-② 48,000 円

←報告書が複数枚ある時は1枚目に合計を記入してください

利用月の最終利用日以降に利用者に必ず確認をもらってください

利用者確認欄	確認日 R6. 6. 27	確認欄 ひらかた

署名又は押印。

※原本は事業所で保管し、コピーを市に提出してください。

2人介護が認められている場合の記入例

移動支援事業　利用報告

令和　6　年　6月利用分

3	4	5	事業所名　ヘルパーステーションひらかた

提出日：　令和　6　年　7月　9　日

2人介護が認められている利用者の外出保障時間です。
3か月ごとの実質外出時間はこの時間以内となるように算定してください。

受給者証番号	5000054321	支給決定期間満了日	令和　7年3月31日
受給者氏名	北河　内子	支給決定時間数	200　時間/3か月
（児童氏名）	北河　七子	＊本人外出保障時間	150　時間/3か月
住所	枚方市　大垣内2丁目1－20	事業所との契約時間数	200　時間/3か月
		負担上限月額	2,000　円

受給者証を十分確認のうえ記入してください。

3か月ごとの残時間数確認表

契約時間数	200　時間/3か月
第1月（ 4月）利用時間	78　時間
第2月（ 5月）利用時間	52　時間
残時間数	70　時間

利用日	実際の利用時刻 開始	実際の利用時刻 終了	実質所要時間	利用算定時間	基準報酬額	利用者負担額	行き先 出発地	行き先 目的地	行き先 帰着地	外出の内容・目的	従業者氏名（フルネーム）	移動手段（1徒歩、2公共交通、3福祉移送）			
1日	9：00	12：00	3：00	3：00	6,000	600	自宅	○○店	自宅	買い物	枚方　ヘル子	(1)	2	3（　）	その他（　）
1日	9：00	12：00	3：00	3：00	6,000	600	自宅	○○店	自宅	買い物	大垣　内也	(1)	2	3（　）	その他（　）
7日	11：30	12：50	1：20	1：30	3,000	300	自宅	○○公民館	自宅	会合参加	大垣　内也	(1)	2	3（　）	その他（　）
7日	11：30	12：30	1：00	1：00	2,000	200	自宅	○○公民館	自宅	会合参加	枚方　ヘル子	(1)	2	3（　）	その他（　）
10日	18：00	19：30	1：30	1：30	3,000	300	自宅	○○書店	自宅	買い物	大垣　内也	1	(2)	3（　）	その他（　）
日	：	：	：	：								1	2	3（　）	その他（　）
日	：	：	：	：								1	2	3（　）	その他（　）
												1	2	3（　）	その他（　）
												1	2	3（　）	その他（　）
												1	2	3（　）	その他（　）
日	：	：	：	：								1	2	3（　）	その他（　）
日	：	：	：	：								1	2	3（　）	その他（　）
日	：	：	：	：								1	2	3（　）	その他（　）
日	：	：	：	：								1	2	3（　）	その他（　）
			小計	10：00	①20,000	②2,000	①-②		18,000　円						
（1　枚中　1　枚目）			合計	10：00	①20,000	②2,000	①-②		18,000　円						

常時2人で支援を行なった場合。

部分的に2人で支援を行なった場合。

1人で支援を行なった場合。

この例の場合、本人外出時間（実際に外出に要した時間）は7時間15分となります。
（3:00 ＋ 2:45 ＋ 1:30 ＝ 7:15）
この時間が「本人外出保障時間」を越えないようにしてください。

←報告書が複数枚ある時は1枚目に合計を記入してください

利用月の最終利用日以降に利用者に必ず確認をもらってください

利用者確認欄	確認日	確認欄
	R6. 6. 10	北河

署名又は押印。

※原本は事業所で保管し、コピーを市に提出してください。

⑰

委　　任　　状

令和　　年　　月　　日

枚　方　市　長

委任者　所在地

事業所名

代表者名　　㊞

枚方市障害者地域生活支援事業（移動支援事業）の請求ならびに受領に関する一切の権限を、下記のものに委任いたします。

記

受任者　所在地

事業所名

代表者名　　㊞

請求及び受領に使用する印鑑

枚方市

⑱

口 座 振 替 依 頼 書

枚方市障害者地域生活支援事業（移動支援事業）に対する支払金は、下記取引金融機関預金口座へ振り込み願います。

令和　　年　　月　　日

枚方市会計管理者

住　所

名称及び
代表者名　　印

（電話番号）

いずれかにマルをしてください。

1．新規

2．変更（令和＿＿年＿＿月＿＿日より変更）

金　融	銀　行			預金種別	1.普通　2.当座
機関名	支店	支店番号		口座番号	
ﾌﾘｶﾞﾅ					
口座名義					

※口座名義・フリガナは通帳等を確認の上、正確に記入してください。
（名義が相違すると、振替不能となります。）

枚方市

従業者に対する処遇改善の取り組みについて

移動支援事業において、従業者の処遇改善や資質向上等、円滑な事業運営に向けて各事業所で現在取り組んでいること、若しくは今後取り組もうと計画していることをご記入いただき、委託契約書提出の際にご提出ください。

（1） 人材確保の取り組みに関して （例：職場体験の受け入れや職業魅力の取り組みを地域単位で実施している。創意工夫した人材募集を事業所として取り組んでいる）
具体的な取り組み（現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください）
（2） 従業者の処遇改善に関すること （例：基本給等の改定の実施や新たな手当を創設する）
具体的な取り組み（現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください）
（3） 従業者の資質向上やキャリアアップに向けた支援 （例：技術向上のための研修を事業所独自で実施している。または、外部研修の受講支援策を実施している。）
具体的な取り組み（現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください）
（4） 従業者の健康管理に関する取り組み （例：短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックの実施）
具体的な取り組み（現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください）
（5） 従業者の労働安全等に関して（該当するものにチェックを入れてください）

□	雇用管理改善のための管理者に対する研修等の実施
□	業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減
□	全ての従業者が労働災害保険に加入している。
□	その他の取り組みがありましたら下欄にご記入ください

具体的な取り組み（現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください）

令和　　年　　月　　日

法　人　名
事業所名
管理者氏名　　印
事業所所在地

記入例

従業者に対する処遇改善の取り組みについて

移動支援事業において、従業者の処遇改善や資質向上等、円滑な事業運営に向けて各事業所で現在取り組んでいること、若しくは今後取り組もうと計画していることをご記入いただき、委託契約書提出の際にご提出ください。

（１） 人材確保の取り組みに関して （例：職場体験の受け入れや職業魅力の取り組みを地域単位で実施している。創意工夫した人材募集を事業所として取り組んでいる。）
具体的な取り組み〈現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください〉 ●職場体験の受け入れや職業魅力の取り組みを地域単位で実施している。創意工夫した人材募集を事業所として取り組んでいる。 ●他産業からの転職者、主婦（夫）層、中高年齢者等、経験者・有資格者にこだわらない幅広い採用の仕組みの構築を検討している。
（２） 従業者の処遇改善に関すること （例：基本給等の改定の実施や新たな手当を創設する。）
具体的な取り組み〈現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください〉 ●基本給等の改定の実施や新たな手当を創設する。
（３） 従業者の資質向上やキャリアアップに向けた支援 （例：技術向上のための研修を事業所独自で実施している。または、外部研修の受講支援策を実施している。）
具体的な取り組み〈現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください〉 ●技術向上のための研修を事業所独自で実施している。または、外部研修の受講支援策を実施している。 ●上位者・担当者等によるキャリア面談など、キャリアアップ等に関する定期的な面談の機会の確保。
（４） 従業者の健康管理に関する取り組み （例：短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックの実施）
具体的な取り組み〈現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください〉 ●短時間勤務労働者等も受診可能な健康診断・ストレスチェックの実施 ●業務や福利厚生制度、メンタルヘルス等の職員相談窓口の設置等相談体制の充実
（５） 従業者の労働安全等に関して（該当するものにチェックを入れてください）
□ 雇用管理改善のための管理者に対する研修等の実施
□ 業務手順書の作成や、記録・報告様式の工夫等による情報共有や作業負担の軽減
□ 全ての従業者が労働災害保険に加入している。
☑ その他の取り組みがありましたら下欄にご記入ください
具体的な取り組み〈現在取り組んでいるものがなければ、今後予定している取り組みをお書きください〉 ●事故・トラブルへの対応マニュアル等の作成等の体制の整備

事業所印または代表者印で押印すること。

令和　年　月 1 日

法　人　名　社会福祉法人　北河内福祉会
事業所名　北河内介護ステーション
管理者氏名　枚方　一郎
事業所所在地　枚方市大垣内町２丁目１番２０号

印