

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（通学支援事業）」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（通学支援事業）」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 通学支援事業者情報報告書・記入例 | } | 必須提出 |
| ② 枚方市障害者地域生活支援事業業務委託契約書（通学支援）×2部 | | |
| ③ 枚方市障害者地域生活支援事業仕様書（通学支援）・別表 従事者資格一覧表 | | |
| ④ 枚方市障害児通学支援事業留意事項 | | |
| ⑤ 枚方市障害児通学支援事業実施要綱 | | |
| ⑥ 請求書等の作成・提出に関する注意事項 | | |
| ⑦ 請求書 | | |
| ⑧ 通学支援請求書類点検チェックシート | | |
| ⑨ 利用報告書 | | |
| ⑩ 利用者負担額管理表 | | |
| ⑪ 請求書記入例 | | |
| ⑫ チェックシート記入例 | | |
| ⑬ 利用報告書記入例 | | |
| ⑭ 利用者負担額管理表記入例 | | |
| ⑮ 委任状 | | |
| ⑯ 口座振替依頼書 | 新規契約事業所のみ提出 | |
| ⑰ 通学支援利用日報（参考） | | |
| ⑱ 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） | } | 必須提出 |
| ⑲ 重要事項説明書※ | | |
| ⑳ 従業者に対する処遇改善の取り組みについて・記入例 | | |

※⑲重要事項説明書については、通学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通学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②～⑤の書類の内容のご確認の上、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）、⑱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）、⑲重要事項説明書、⑳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返送してください。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通学支援事業請求担当」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⑦請求書の請求者氏名等が、②契約書と異なる場合は、⑮委任状の提出が必要です。なお、⑮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⑦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、⑯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、⑦請求書、⑧通学支援請求書類点検チェックシート、⑨利用報告書を、サービス提供月の翌月20日までに提出してください。（⑩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④留意事項の「8. 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、⑪～⑭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

通学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）		
通学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
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		
損害賠償保険加入情報	保険会社名		
	保険名		
通学支援事業所番号 （本市と契約のある事業所のみ）			

※通学支援事業所番号は、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。

通学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）		
通学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
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）	6 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	
通学支援事業所番号 （本市と契約のある事業所のみ）	10003		

※通学支援事業所番号は、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る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
(通学支援事業)

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、枚方市障害児通学支援事業実施要綱に規定する通学支援事業（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20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
(通学支援事業)

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、枚方市障害児通学支援事業実施要綱に規定する通学支援事業（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20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（通学支援事業）

第1章 一般事項

1 業務の目的

ひとりでの通学が困難な児童・生徒を対象として、通学ガイドヘルパーを派遣し、当該児童・生徒の通学のために必要な支援を行う。

2 業務委託名

枚方市障害児通学支援事業

3 利用者

枚方市障害児通学支援事業実施要綱（以下「要綱」という。）第2条に規定する者のうち、要綱第5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7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、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、受給者証の通学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、受給者証の通学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5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の保護者の市民税課税状況等（18歳以上は本人）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。

保護者の市民税課税状況（18歳以上は本人）	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（通学支援事業）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「通学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) 枚方市移動支援事業の従事者資格を有すること又は枚方市障害児通学ガイドヘルパー養成研修修了証明書を有すること。
- (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。

参考 枚方市障害者地域生活支援事業仕様書（通学支援事業）

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	通学 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	×	×	×	○	○
	G H世話人初任者講習	×	×	○	△	○
	通学ガイドヘルプ	×	×	×	×	○
資格	介護福祉士	×	×	○	○	○
	看護師（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

1. 対象者

次の要件(①と②)に該当するひとりでの通学が困難な市内在住児童・生徒が対象となります。

① 次のいずれかに該当すること。

- イ 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳のいずれかを所持しているもの
- ロ 児童相談所若しくは精神保健指定医により知的障害があると判定されているもの
- ハ 発達障害がある、難病患者等である旨の医師の診断書又は特定医療費（指定難病）受給者証等を有しているもの

② 小学校、中学校、高等学校、支援学校等に在籍し、保護者等の就労や病気などのやむを得ない理由があるため、原則その校長が通学困難な状況にあると認めること。（通学困難な状況が1か月以上継続すること）

※ 校長の意見書の他、就労証明書や保護者等の診断書など通学が困難であることを証する書類が必要。

※ 保護者等の範囲には同居の祖父母(65才未満)も含む。

2. 支給量

受給者証に記載（1か月あたりの時間数）※移動支援とは異なり1ヶ月単位の支給決定になります。

3. 利用者負担上限月額（保護者の市民税課税状況、18歳以上は本人）

生活保護、市民税非課税……0円 市民税課税……2000円

4. 利用の範囲

障害児通学支援は、移動支援では対象外としている「通学目的」を利用対象とするもので、主に次のような場合に利用できます。

		移動支援	通学支援	適用
①	自宅 ↔ 学校	×	○	自宅と学校の往復に利用できます。支援学校に通学される場合は、原則として、自宅と最寄りのバス停との間となります。
②	自宅 ↔ バス停	×	○	
③	学校 → 日中一時	○ ※1	○	放課後に日中一時支援などの障害福祉サービス事業所を利用する場合は、いわゆる三角利用（自宅 → 学校 → 事業所 → 自宅）の範囲が対象となります。 施設送迎がある場合は送迎利用が優先です。
④	バス停 → 日中一時	○ ※1	○	
⑤	日中一時 → 自宅	×	○※5	
⑥	学校 → 留守家	×	×	放課後に留守家庭児童会を利用される場合も、障害福祉サービス事業所を利用される場合と同様に三角利用の範囲が対象となります。延長保育の利用が基本です。
⑦	バス停 → 留守家	×	○	
⑧	留守家 → 自宅	×	○※5	
⑨	自宅 ↔ 高等学校	×	○ ※3	
⑩	学校 → その他	×	×	※4

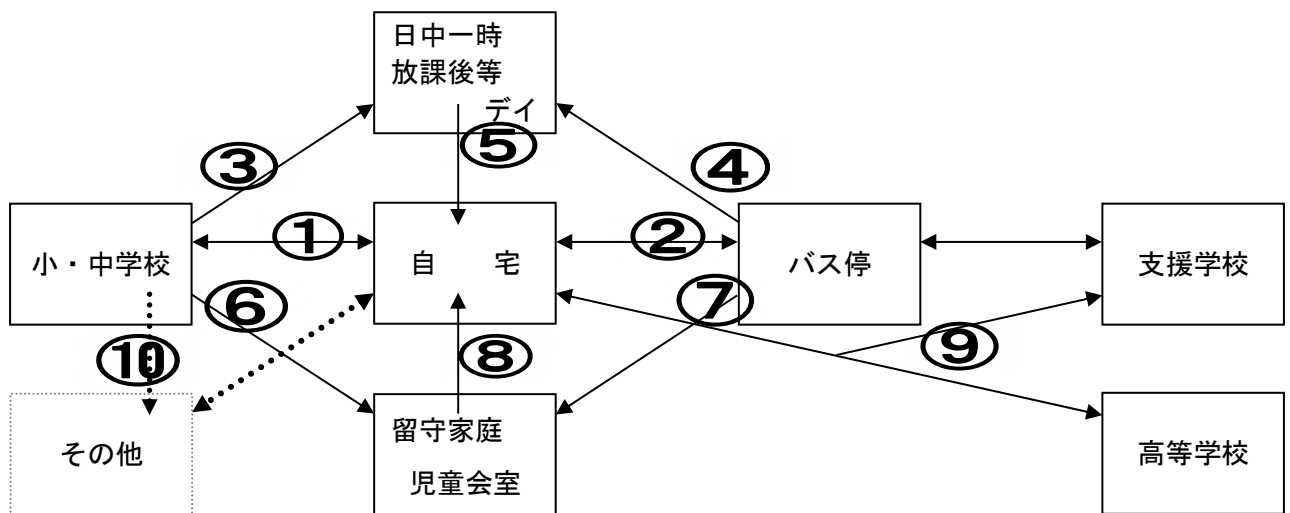
※1 移動支援では、従来、原則として通学目的の利用は対象外としていましたが、放課後に日中一時支援などの障害福祉サービス事業所を利用する場合は、当該事業所から自宅までの行程を通学の帰路とみなし、学校から当該事業所までの行程について、利用可能としていました。今後は、この部分の利用についても、通学支援の利用対象とするため、移動支援は利用できません。（ただし、日中一時、放課後等デイサービスの送りのみ利用される場合は移動支援事業の対象）

※2 留守家庭児童会室は、地元の小学校に併設しているため、通学支援は利用できません。

※3 市外の高等学校や支援学校で、公共交通機関やタクシーを利用する場合であっても、登校時の復路及び下校時の往路の所要時間や、授業時間中などの待機時間は報酬算定に含みません。

※4 放課後に、スポーツ教室や学習塾などへ行かれる場合は、通学支援を利用して帰宅した後、移動支援を利用することができます。

※5 日中一時支援や留守家庭児童会室から自宅までの帰りのみ利用の場合は家庭アセスのみ実施となります。



学校活動で適応可能な活動（校長が認める活動とする）

活動内容	活動場所	※通学支援利用の可否	備考
夏休み開放プール	通学している学校	○	
クラブ活動	通学している学校	○	
クラブ活動	他校での試合	×	通学経路から外れるため
修学旅行	新大阪駅集合	×	通学経路から外れるため

※利用の可否については、休日における家族の就労状況も確認し決定する。

夏、冬、春休みの対応

- ・夏、冬、春休みに関する日中一時、留守家庭への送迎に関しては、通学ガイドは適応外とする。
ただし、登校日等の延長で留守家庭などを利用される場合は、通学ガイドは利用可能とする。

その他

- ・通学経路内の移動にかかる支援です。居宅内の見守りや介護は対象外、自宅での引き継ぎも事故のないよう引き継ぐ。
- ・送迎に関する学校への引き継ぎに関しては、家庭・学校等への連絡を十分にとり、⑩引継ぎ日報等を活用するなど、事故のないよう引き継ぐ。（学校の門または、教室まで）特に支援学校のバス停までの送迎に関しては、保護者を通じ迎えに行く事業者、ガイドヘルパー名を学校に伝えること。また、時間的に余裕をもった行動が必要。（バスは待ってくれないため）
- ・主な支援の範囲は通学路等あらかじめ決められた経路のみ。塾や買い物などの寄り道は支援の対象外。移動手段は、徒歩または、電車・バス等の公共交通機関。ガイド中の交通費は利用者が負担。（市外の学校等への送迎時のガイドヘルパー交通費に関しては、負担額について利用者と事前に話し合ってください。）※通学経路上に示されている自宅から目的地までの往復交通費以内の金額になる。

5. 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。

6. 地域生活支援事業（通学支援）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と共に通学経路図・通学支援プランを本人宛に交付します。

※4月当初より通学支援事業を利用される方については、通学経路図・通学支援プランが変更となる場合もあります。

7. 通学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、路線バスなど。

※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。

8. 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2,000円に対し、A事業所1,800円・B事業所500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2,000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。

*利用の多少にかかわらず、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。

9. その他、算定についての注意事項

- ・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。
- ・ヘルパーが自ら運転する車での送迎は、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（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、合同で通学支援する等）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。
- ・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

枚方市障害児通学支援事業実施要綱

制定	平成 25 年 3 月 29 日枚方市要綱第 53 号
最終改正	令和 5 年 3 月 8 日枚方市要綱第 4 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、1人での通学が困難なものに対し、通学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、通学時における障害者等の安全の確保を図るとともに、その保護者（親権を行う者、未成年後見人その他の者で、障害者等を現に監護するものをいう。以下同じ。）の負担の軽減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、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 市内に居住し、学校教育法（昭和22年法律第26号）第1条の学校（幼稚園及び大学を除く。）又は同法第124条の専修学校（以下「学校等」という。）に在籍している障害者等
- (2) 1人での通学が困難で、保護者及び同居の祖父母（65歳未満の者に限る。）の就労、病気その他やむを得ない理由により適切な通学の支援を受けることができない状況が1月以上（福祉事務所長が特別の事情があると認めるときにあつては、福祉事務所長が認めた期間以上）継続する障害者等

(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。

- (1) 車椅子の操作、手引き、促しその他の移動の支援
- (2) 前号に掲げるもののほか、福祉事務所長が必要と認める介助

(対象者の確認)

第4条 福祉事務所長は、事業の利用を希望する者（以下「利用希望者」という。）があるときは、当該利用希望者の在籍する学校等に意見を求めること等により、当該利用希望者が対象者であることを確認するものとする。

- 2 福祉事務所長は、前項の規定により当該利用希望者が対象者であると確認したときは、その旨を当該利用希望者に通知するものとする。
- 3 市長は、第1項の規定による確認に必要な業務を、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77条第1項第3号に規定する事業を委託している事業所に委託することがある。

(利用の申請等)

第5条 前条第2項の規定による通知を受けた者は、事業を利用しようとするときは、あらかじめ、障害児通学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6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7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8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9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。

(1) 第5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。

(2) 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。

(事業の利用の承認の決定の取消し)

第10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。

(1) 対象者でなくなったとき。

(2) 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。

(3) 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11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12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13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 枚方市障害児通学支援事業実施要綱（平成24年枚方市要綱第73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。

附 則[令和5年3月8日枚方市要綱第4号]

この要綱は、令和5年4月1日から施行する。

枚方市

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20日（20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通学支援事業請求担当」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で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注意ください。

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。

通学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、通学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年度通学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30日
5月分	令和7年 7月22日
6月分	令和7年 8月20日
7月分	令和7年 9月22日
8月分	令和7年10月20日
9月分	令和7年11月20日
10月分	令和7年12月22日
11月分	令和8年 1月30日
12月分	令和8年 2月20日
1月分	令和8年 3月23日
2月分	令和8年 4月20日
3月分	令和8年 5月21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

地域生活支援事業（通学支援事業）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			
	通学支援事業委託料								
	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 通学支援事業所番号					
	住 所 (所在地)	〒				
	電話番号	()				
	F A X 番号	()				
	名 称					
	職・氏名	印				

枚方市

通学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（ピンク色）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）
 - ☐ 負担上限月額の記事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？
 - ☐ 行き先の記載漏れはありませんか？
 - ☐ 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「○枚中○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

通学支援事業 利用報告書

枚方市通学支援事業所番号

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/1か月
(児童氏名)		事業所との契約時間数	時間/1か月
住所	枚方市	負担上限月額	円

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			従業者氏名 (フルネーム)	移動手段 (1徒歩、2公共交通、3その他)		
	開始	終了					出発地	⇒	目的地				
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
日	:	:	:	:				⇒			1	2	3()
			小計	:	①	②	①-②			円	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		
(枚中 枚目)			合計	:	①	②	①-②			円			

一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。

通学支援事業 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

⑪

地域生活支援事業（通学支援事業）委託料請求書

枚方市福祉事務所長 殿

注意！
請求書に訂正印・修正液等の使用は認められません。
書き損じたときは、最初から書き直し

請求金額	¥	1	2	3	4	5	6	7	8
			百万			千			円

請求金額は3カ所記入してください。

	令和	6	年	5	月分	ください。	
内 記	請 求 費 名				件 数	金 額	
	通学支援事業委託料				70	12,345,678	
	その月の実利用者数を記入してください。						
	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

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)

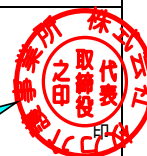
令和6年5月20日

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。

枚方市 通学支援事業所番号		1	2	3	4	5
請 事	住 所 (所在地)	〒573-8666 枚方市大垣内町2丁目1番20号				
	電話番号	072 (841) 1221				
	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・氏名	代表取締役 ひらかた 一郎				



通学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（ピンク色）の確認を行いましたか？
 - ☑ 利用報告書・請求書について鉛筆・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？
- ☑ 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)
 - ☑ 負担上限月額の記載漏れはありませんか？
 - ☑ 負担額の発生する利用者の利用者負担額が記載されていますか？
 - ☑ 利用時刻と所要時間、算定時間に誤りはありませんか？
 - ☑ 行き先の記載漏れはありませんか？
 - ☑ 従業者氏名の記載漏れはありませんか？
 - ☑ 移動手段の記載漏れはありませんか？
 - ☑ 利用者負担額が負担上限月額を超過している記載漏れはありませんか？
 - ☑ 利用者確認欄の記載・押印漏れはありませんか？
 - ☑ 利用報告書左下の「○枚中○枚目」に記載は
- ☑ 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、利用者負担額管理票を作成していますか？（※1）
 - ☑ 利用者負担額管理票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）
- ☑ 請求書の点検
 - ☑ 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？

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20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

記入例

通学支援事業 利用報告書

令和 6 年 6月利用分

枚方市通学支援
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
---	---	---	---	---	------------------------

提出日: 令和 6年 7月 10 日

5桁の事業所番号を記入してください。

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	10時間/1か月
(児童氏名)		事業所との契約時間数	10時間/1か月
住所	枚方市 大垣内2丁目1-20	負担上限月額	2000円

受給者証を十分確認のうえ記入してください。

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			従業者氏名 (フルネーム)	移動手段 (1徒歩、2公共交通、3その他)		
	開始	終了					出発地	⇒	目的地				
1日	8:00	8:30	0:30	1:00	2,000	200	自宅	⇒	バス停	枚方 ヘル子	①	2	3()
2日	15:30	16:00	0:30	1:00	2,000	200	バス停	⇒	放課後デイ 枚方事業所	枚方 ヘル子	①	2	3()
2日	19:00	19:30	0:30	1:00	2,000	200	放課後デイ 枚方事業所	⇒	自宅	大垣 内也	①	2	3()
4日	15:30	16:30	1:00	1:00	2,000	200	枚方支援学校	⇒	自宅	枚方 ヘル子	①	2	3()
5日	8:00	8:30	0:30	1:00	2,000	200	自宅	⇒	バス停	大垣 内也	①	2	3()
8日	15:30	16:00	0:30	1:00	2,000	200	バス停	⇒	自宅	枚方 ヘル子	①	2	3()
9日	8:00	8:30	0:30	1:00	2,000	200	自宅	⇒	バス停	枚方 ヘル子	①	2	3()
...				:							1	2	3()
「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時間以下の場合には利用算定時間は1時間となります(上記※1)。 利用算定時間 × 2,000 = 基準報酬額 となります。													
日	:	:	:	:							1	2	3()
日	:	:	:	:							1	2	3()
(1 枚中 1 枚目)			小計	7:00	① 14,000	② 1,400	①~② 12,600 円			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			
			合計	7:00	① 14,000	② 1,400	①~② 12,600 円						
一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											利用者 確認欄	確認日 R6. 6. 30	確認欄 かひ たら

←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

利用者 確認欄	確認日 R6. 6. 30	確認欄 かひ たら
------------	------------------	-----------------

署名又は押印。

※原本は事業所にて保管し、コピーを市に提出してください。

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

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

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、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。

管理表回収事業者名 A介護事業所 

※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、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。

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 ⑩

枚方市障害者地域生活支援事業（通学支援事業）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。

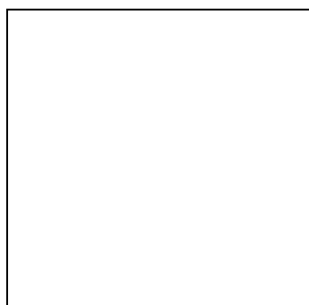
記

受任者 所在地

事業所名

代表者名 ⑩

請求及び受領に使用する印鑑



枚方市

口座振替依頼書

枚方市障害者地域生活支援事業（通学支援事業）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		
フリガナ													
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

[illegible]

利用日	出発/到着	出発地/到着地	ガイド所属／氏名	引継欄
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			
日	:			
	:			

利用日	出発/到着	出発地/到着地	ガイド所属／氏名	引継欄
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			
日	：			
	：			

障害児通学支援 利用日報

利用年月	令和 7 年 4 月 利用分			
学校名	〇〇小学校		学年	5 年
受給者証 番 号	5000000000	児童氏名	枚方 太郎	
		保護者氏 名	枚方 一郎	
事業者	名称	まいぼうヘルパーステーション		
	所在	枚方市大垣内町2丁目1-20		
	連絡先	072-841-1457		
利用日	出発/到着	出発地/到着地	ガイド所属／氏名	引継欄
1 日	8：00	自宅		枚方
	8：20	〇〇小学校	大垣内 次郎	人
1 日	14：00	〇〇小学校		人
	14：30	さくら児童デイ	大垣内 次郎	さくら
1 日	19：00	さくら児童デイ		さくら
	19：30	自宅	大垣内 次郎	枚方
日	：		署名又は押印	
日	：			
日	：			
日	：			
日	：			
日	：			

従業者に対する処遇改善の取り組みについて

通学支援事業において、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みよ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
事業所所在地

印

記入例

従業者に対する処遇改善の取り組みについて

通学支援事業において、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

