

平成29年1月26日
宝塚市役所 障害福祉課

平成28年度

宝塚市移動支援事業者説明会

説明会の内容

- ①宝塚市障害者差別解消に関する条例について
- ②移動支援事業の請求事務における依頼事項について
- ③宝塚市移動支援事業ガイドラインの運用について

①宝塚市障害者差別解消に関する条例について

当日配布資料を参照。

②移動支援事業の請求事務における依頼事項について

- ・ 実地指導にて、記録と請求の時間が一致しない、記録がなく目的地不明の移動支援が見られ、給付費の返還が発生。

→ 4月より実績記録票の記載方法の変更をお願いします。

(経由地・目的地の記入)

○実績記録票の記入について

・ 実績記録票の「利用計画」欄は印字で結構ですが、実際の提供時間については手書きでの記入をお願いします。

→利用計画時間とサービス提供時間が異なった場合は、原則として「サービス提供時間」で請求してください。

（利用計画時間を印字している場合は、提供時間に合わせ訂正してください。）

宝塚市地域生活支援事業利用給付費 請求書

宝塚市長 宛

必ず¥を数字の前に
つける

請求金額	十億		百万		千		円
			¥	3	8	1	60

実績月の確認

平成	2	9	年	0	1	月	分
実績月の確認							
請求給付費名				明細書件数		金 額	
移動支援事業				1		38,160	
サービス内容を 必ず記入							
合 計 (円)							
請求日は利用 月の翌月10日							

上記のとおり請求します。平成 29 年 2 月 10 日

事業所番号		2	8	6	1	6	X	X	X	X
住 所 (所在地)		〒 665 - 8665 宝塚市東洋町1-1								
請求事業者		電話番号		0797-71-1141						
代表名 代表者氏名		名 称		社会福祉法人 宝塚会 たからづかヘルパーステーション						
		職・氏名		理事長 宝塚 花子						
				印						
				法人印、または 代表者印						

銀行・支店名		〇〇	銀行	× ×		支店
口座種別		普通 当座 ・ その他 ()				
口座番号		1234567				
口座名義		*****				

振込口座の記入をお
願います。

振込先

(移動支援)

サービス利用月

市町村番号						
助成自治体番号						

記入不要

平成 2 9 年 0 1 月分

受給者証番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
支給決定障害者等氏名	宝塚 太郎									
支給決定に係る障害者氏名										

指定事業所番号	28616XXXXX	
事業者及び その事業所 の名称	たからづかヘルパーステーション	
	地域区分	特甲地

[illegible]

上限管理が必要が無ければ記入不要

旧地域区分(平成
18年厚生労働省告
示第539号)

利用者負担上限額 管理事業所		指定事業所番号								管理結果		管理結果額			
事業所名称															

サービス種別		1	1	2	8	0	4	0	1											
		開始年月日	平成		年		月		日	終了年月日	平成		年		月		日	利用日数		入院日数
		開始年月日	平成		年		月		日	終了年月日	平成		年		月		日	利用日数		入院日数
		開始年月日	平成		年		月		日	終了年月日	平成		年		月		日	利用日数		入院日数

[illegible][illegible]

総費用額－利用者負担額

受給者証 番号	123456	利用決定障害者等 氏名(児童氏名)	宝塚 太郎	事業所番号	28616XXXXX						
契約支給量	身体介護あり	10時間	事業者 及びその 事業所	たからづかヘルパーステーション							
利用者負担上限月額	4600円	事業所との契約時間数	移動支援事業所番号 28616から始まる番号								
身体介護の有無を必ず記入											
日付	曜日	サービス 内容	利用計画			サービス提供時間(手書き)			派遣 人数	サ ー ビ ス 提 供 者 印	利 確 認 者 印
			開始 時間	終了 時間	計画 時間数	開始 時間	終了 時間	提供 時間数			
10	火	自宅～〇〇スーパー	10:00	11:00	1:00	10:00	11:00	1:00	1	印	印
11	水	逆瀬川～西宮北口(△△会館)	9:30 10:00 (印)	10:30 11:00 (印)	1:00	9:30	10:30	1:00	1	印	印
目的・地(経由地)を記入する。			サービス提供者の訂正印を押す。			事前に計画又は依頼を受けた時間を書く。			実際に行ったサービス時間を記入。		
						利用計画と提供時間が異なった場合は計画時間を提供時間に合わせて訂正する。 サービス提供時間の記入は手書きで行う。			サービス提供者利用者の印は必ず押す。		
20	金	××→自宅	10:00	11:00	1:00	10:00	11:00		1	印	印
20	金	自宅→□□	12:00	13:30	1:30	12:00	13:30	2:30	1	印	印
						移動支援のサービスの前後の間隔が2時間未満の場合、2行に前後とも記載し、提供時間数欄に1回の合算の時間を記入。					
									計画合計時間		
									提供合計時間		
合 計			4:30			4:30					

注 「派遣人数」欄は、二人介護の場合はヘルパー対利用者の人数を2：1と記載し、グループ支援型の場合は1：2、1：3というように記載すること。

○移動支援の上限管理について

・一人の利用者が複数の事業所で移動支援を利用した結果、利用者負担上限額を超える（0円を除く）場合や、きょうだいで複数の事業所を利用し、上限額を超える場合は、翌月3日までに請求内容を市宛てにFAXするようにお願いします。

→市にて上限管理票を作成し、各事業所へFAXします。

利用者負担額一覧表(記入例)

平成 29 年 2 月 3 日

(提 供 先)

宝塚市長 殿

下記のとおり提供します。

平成	2	9	年		1	月	分
----	---	---	---	--	---	---	---

事業 業者	指定事業所番号	2	8	6	1	6	X	X	X	X
	住 所 (所在地)	宝塚市東洋町1-1								
	電話番号	0797-71-1141								
名 称		たからづかヘルパーステーション								

支給決定障害者等欄												
項目												
市町村番号	2	8	2	1	4	5	／	／	／	／	／	／
	受給者証番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	
氏名	宝塚 太郎											
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／	
受給者証番号												
氏名												
市町村番号							／	／	／	／	／</	

③宝塚市移動支援事業ガイドラインの運用について

- ・ 移動支援事業ガイドライン策定検討会の開催

- ・ ・ ・ 平成28年度 全5回

移動支援事業サービスガイドラインにて
標準支給量と留意事項等について記載。

標準支給量について

- ・ ・ ・ 阪神間各市の標準支給量や事業費、
現在の支給決定量・実績量・報酬を
比較

→ 約9割の利用者がカバーできるように標準支給量を設定。報酬については、今後の検討課題。

④おわりに・ ・ ・

- ・ 平成28年11月より、介護保険との併給に関するガイドラインについて策定検討会を開始。

- ・ 3月頃、居宅介護支援部会（介護保険）にて、説明を行う予定。4月運用開始予定。

