

○北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱

令和3年12月24日告示第210号

改正

令和6年7月1日告示第133号

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱

(趣旨)

**第1条** この告示は、レスパイトケア事業を実施する事業者に対し、予算の範囲内において補助金を交付することに關し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

**第2条** この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 重症心身障害児等 市内に住所を有する者であつて、埼玉県在宅重症心身障害児の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱（平成27年3月23日障支発第987号通知（以下「県要綱」という。））第2条に規定する重症心身障害児等をいう。

(2) レスパイトケア事業 重症心身障害児等を在宅で介護する家族が休息を取れるよう支援を行う事業をいう。

(3) 日中一時独立型 訪問看護事業所及び障害福祉サービス等事業等と日中一時支援事業を部屋や職員を兼用又は兼務せず、日中一時支援事業を実施する事業所をいう。

(4) 日中一時併設型 障害福祉サービス等事業等と日中一時支援事業を連続等で障害福祉サービス等事業等の部屋を兼用（別室での実施も含む）し、職員を兼務して日中一時支援事業を実施する事業所をいう。

(補助対象事業)

**第3条** 補助金の交付の対象となる事業（以下「補助対象事業」という。）は、県内で実施するレスパイトケア事業のうち次のいずれかに該当するものとする。

(1) 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5条第8項に規定する短期入所に係る事業（以下「短期入所事業」という。）

(2) 北本市日中一時支援事業実施要綱（平成18年告示第243号）に規定する日中一時支援事業（以下「日中一時支援事業」という。）

(補助対象者)

**第4条** 補助金の交付の対象となる者は、補助対象事業を実施することについて、市長の認定を受

けたものとする。

(補助対象経費等)

**第5条** 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）の額及び補助金の基準となる額（以下「補助基準額」という。）は、別表に掲げる補助対象事業の区分に応じ、それぞれ同表に定めるとおりとする。

(補助金の額)

**第6条** 補助金の額は、別表補助対象事業の欄に定める事業の区分に応じ、それぞれ同表補助対象経費の欄に定める経費の額又は同表補助基準額の欄に定めるところにより算出される額のうちいずれか少ない額（1,000円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）とする。

(補助金の交付申請)

**第7条** 補助金の交付を受けようとする者は、補助対象事業を実施した日の属する月の翌月10日又は3月31日のいずれか早い日までに、北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付申請書兼請求書（様式第1号）に、次の各号に掲げる場合の区分に応じて、それぞれ当該各号に定める書類を添えて、市長に申請しなければならない。

(1) ショートステイを利用した場合 北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施報告書（様式第2号（その1））及び北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（ショートステイ用）（様式第2号（その2））

(2) デイサービス（独立型）を利用した場合 北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施報告書（様式第2号（その1））、北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（デイサービス用）（様式第2号（その3））及び北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（支援実績）（デイサービス（独立型）用）（様式第2号（その4））

(3) デイサービス（併設型）を利用した場合 北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施報告書（様式第2号（その1））、北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（デイサービス用）（様式第2号（その3））及び北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（支援実績）（デイサービス（併設型）用）（様式第2号（その5））

(交付の決定)

**第8条** 市長は、前条の申請があったときは、その内容を審査し、補助金の交付の可否を決定し、北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付・不交付決定通知書

(様式第3号)により当該申請をした者に通知するとともに、速やかに補助金を交付するものとする。

(決定の取消し等)

**第9条** 市長は、交付の決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）が次のいずれかに該当するときは、補助金の交付の全部又は一部の決定を取り消すことができる。

- (1) この告示に違反したとき。
- (2) 偽りその他不正な手段により補助金の交付を受けたとき。
- (3) 補助金の交付の決定の内容に違反したとき。

2 市長は、前項の規定により交付の決定の全部又は一部を取り消したときは、北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金取消決定通知書（様式第4号）により交付決定者に通知するものとする。この場合において、既に補助金が交付されているときは、当該交付決定者に対し、期限を定めてその返還を命ずるものとする。

(関係書類の整備)

**第10条** 交付決定者は、補助対象事業に係る収支を明らかにした書類及び帳簿等を常に整備し、当該補助対象事業の完了の日の属する年度の翌年度の4月1日から起算して5年間保存しなければならない。

(委任)

**第11条** この告示に定めるもののほか、補助金の交付に関し必要な事項は、市長が別に定める。

## 附 則

この告示は、令和4年1月1日から施行し、同日以後に実施する補助対象事業について適用する。

### 附 則（令和6年7月1日告示第133号）

1 この告示は、令和6年7月1日から施行する。

2 改正後の北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に実施する事業について適用し、同日前に実施した事業については、なお従前の例による。

### 別表（第5条、第6条関係）

補助対象事業	補助対象経費	補助基準額
短期入所事業	短期入所事業を実施し、重症	県要綱別表1の該当する項目のスコアを合計して25

業		心身障害児等を受け入れた場合に要する経費	点以上の重症心身障害児等 1 人につき日額20,000円 県要綱別表 1 の該当する項目のスコアを合計して25点未満の重症心身障害児等 1 人につき日額10,000円
日 中 一 時 支 援 事 業	日中一時独立型（看護師等が医療的ケア児者 1 人を支援した場合）	障害福祉サービス等の拡充が必要な地域などにおいて日中一時支援事業を実施し、重症心身障害児等を受け入れた場合に要する経費	<p>1 県要綱別表 1 のスコアの合計が25点以上の者 1 人につき、次に掲げる額</p> <p>(1) 8 時間以上 20,000円／日</p> <p>(2) 6 時間以上 8 時間未満 15,000円／日</p> <p>(3) 4 時間以上 6 時間未満 10,000円／日</p> <p>(4) 30分以上 4 時間未満 5,000円／日</p> <p>2 県要綱別表 1 のスコアの合計が25点未満の者 1 人につき、次に掲げる額</p> <p>(1) 8 時間以上 10,000円／日</p> <p>(2) 6 時間以上 8 時間未満 7,500円／日</p> <p>(3) 4 時間以上 6 時間未満 5,000円／日</p> <p>(4) 30分以上 4 時間未満 3,000円／日</p>
	日中一時独立型（看護師等が医療的ケア児		<p>1 県要綱別表 1 のスコアの合計25点以上の者 1 人につき、次に掲げる額</p> <p>(1) 8 時間以上 10,000円／日</p> <p>(2) 6 時間以上 8 時間未満 7,500円／日</p>

者2人以上を支援した場合)	<p>(3) 4時間以上6時間未満 5,000円／日</p> <p>(4) 30分以上4時間未満 2,500円／日</p> <p>2 県要綱別表1のスコアの合計が25点未満の者 1人につき、次に掲げる額</p> <p>(1) 8時間以上 5,000円／日</p> <p>(2) 6時間以上8時間未満 3,800円／日</p> <p>(3) 4時間以上6時間未満 2,500円／日</p> <p>(4) 30分以上4時間未満 1,500円／日</p>
日中一時併設型	<p>対象となる者1人につき、次に掲げる額</p> <p>(1) 2時間以上 2,560円／日</p> <p>(2) 1時間以上2時間未満 1,920円／日</p> <p>(3) 30分以上1時間未満 1,280円／日</p>

備考 補助基準額の算定にあたっては、申請に係る月の末日における県要綱別表1の該当する項目のスコアにより算定された点数によるものとする。

様式第1号（第7条関係）  
様式第1号（第7条関係）

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付  
申請書兼請求書

年　月　日

（宛先） 北本市長

申請者 所在地

法人名

代表者職氏名

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金の交付を受けた  
いので、関係書類を添えて下記のとおり申請します。

記

1 事業所名

2 補助金交付申請額 金 円

3 補助対象事業の実施期間 年 月分

4 振込先

金融機関名	
本・支店名	
預金種別	(当座・普通)
口座番号	
(ふりがな) 口座名義	

※申請者と振込先口座名義が異なる場合、委任が必要となります。

委 任

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金について、上  
記振込口座名義人に受領を委任します。

年　月　日

委任者 法人名 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_

様式第2号（その1）（第7条関係）  
様式第2号（その1）（第7条関係）

## 北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施報告書

事業所名	
------	--

### ショートステイ

	利用者名 (イニシャル等可)	生年月日	医療的ケア スコア	利用日数	補助基準額総額		備 考
					日数	金額	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
合計							

### デイサービス

	利用者名 (イニシャル等可)	生年月日	医療的ケア スコア	利用日数	補助基準額総額		備 考
					日数	金額	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
合計							

**様式第2号（その2）（第7条関係）**

様式第2号(その2)(第7条関係)

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（ショートステイ用）

利用月日	曜日	預かり開始時間		預かり終了時間		預かり時間	看護師:医療的 ケア児者	担当看護師	補助基準額 (A)	備考
		利用者名	利用者番号	医療的ケアスコア						
月 1 日										
月 2 日										
月 3 日										
月 4 日										
月 5 日										
月 6 日										
月 7 日										
月 8 日										
月 9 日										
月 10 日										
月 11 日										
月 12 日										
月 13 日										
月 14 日										
月 15 日										
月 16 日										
月 17 日										
月 18 日										
月 19 日										
月 20 日										
月 21 日										
月 22 日										
月 23 日										
月 24 日										
月 25 日										
月 26 日										
月 27 日										
月 28 日										
月 29 日										
月 30 日										
月 31 日										

  

月間合計額 (ショートステイ)	利用日数	利用時間	補助基準額計 (A)
--------------------	------	------	---------------

## 様式第2号（その3）（第7条関係）

様式第2号(その3)(第7条関係)

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（デイサービス用）

施設名								
利用者名					利用者番号			
(月　日分)					医療的ケアスコア		点	
利用月日	曜日	預かり開始時間	預かり終了時間	支援時間	看護師:医療的ケア児者	担当看護師	補助基準額(A)	備考
月 1 日								
月 2 日								
月 3 日								
月 4 日								
月 5 日								
月 6 日								
月 7 日								
月 8 日								
月 9 日								
月 10 日								
月 11 日								
月 12 日								
月 13 日								
月 14 日								
月 15 日								
月 16 日								
月 17 日								
月 18 日								
月 19 日								
月 20 日								
月 21 日								
月 22 日								
月 23 日								
月 24 日								
月 25 日								
月 26 日								
月 27 日								
月 28 日								
月 29 日								
月 30 日								
月 31 日								

月間合計 (デイサービス)	利用日数	利用時間	補助基準額計(A)

\*1 預かり開始時間と預かり終了時間について、ドライバーとは別に看護師等が乗車し、医療的ケア児者にケアを行った場合に支援時間として算入することができる。

\*2 時常見守りが必要など、スコア点数だけでは評価できない特別な事情がある場合は、スコア点数を25点以上とみなすことができる。

## 【デイサービス】

施設名

利用者名

利用者番号

医療的ケアスコア

点

利用月日	曜日	預かり開始時間 ①	預かり終了時間 ②	支援時間	看護師:医療的 ケア児者	担当看護師	補助基準額 (A)	備考
月 1 日				0:00				
月 2 日				0:00				
月 3 日				0:00				
月 4 日				0:00				
月 5 日				0:00				
月 6 日				0:00				
月 7 日				0:00				
月 8 日				0:00				
月 9 日				0:00				
月 10 日				0:00				
月 11 日				0:00				
月 12 日				0:00				
月 13 日				0:00				
月 14 日				0:00				
月 15 日				0:00				
月 16 日				0:00				
月 17 日				0:00				
月 18 日				0:00				
月 19 日				0:00				
月 20 日				0:00				
月 21 日				0:00				
月 22 日				0:00				
月 23 日				0:00				
月 24 日				0:00				
月 25 日				0:00				
月 26 日				0:00				
月 27 日				0:00				
月 28 日				0:00				
月 29 日				0:00				
月 30 日				0:00				
月 31 日				0:00				

	利用日数	利用時間	補助基準額計 (A)
月間合計 (デイサービス)		0:00	0

\*預かり開始時間①と預かり終了時間②について、ドライバーとは別に看護師等が乗車し、医療的ケア児者にケアを行った場合に限り、送迎時間を支援時間として算入することができる。

\*2 常時見守りが必要など、スコア点数だけでは評価できない特別な事情がある場合は、スコア点数を25点以上とみなすことができる。

## 令和 年度埼玉県在宅重症心身障害児の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（ 年 月分）

## 【デイサービス】

施設名

利用者名

利用者番号

医療的ケアスコア

点

利用月日	曜日	預かり開始時間 ①	預かり終了時間 ②	支援時間	看護師:医療的 ケア児者	担当看護師	補助基準額 (A)	備考
月 1 日				0.00				
月 2 日				0.00				
月 3 日				0.00				
月 4 日				0.00				
月 5 日				0.00				
月 6 日				0.00				
月 7 日				0.00				
月 8 日				0.00				
月 9 日				0.00				
月 10 日				0.00				
月 11 日				0.00				
月 12 日				0.00				
月 13 日				0.00				
月 14 日				0.00				
月 15 日				0.00				
月 16 日				0.00				
月 17 日				0.00				
月 18 日				0.00				
月 19 日				0.00				
月 20 日				0.00				
月 21 日				0.00				
月 22 日				0.00				
月 23 日				0.00				
月 24 日				0.00				
月 25 日				0.00				
月 26 日				0.00				
月 27 日				0.00				
月 28 日				0.00				
月 29 日				0.00				
月 30 日				0.00				
月 31 日				0.00				

	利用日数	利用時間	補助基準額計 (A)
月間合計 (デイサービス)		0:00	0

\*預かり開始時間①と預かり終了時間②について、ドライバーとは別に看護師等が乗車し、医療的ケア児者にケアを行った場合に限り、送迎時間を支援時間として算入することができる。

\*2 常時見守りが必要など、スコア点数だけでは評価できない特別な事情がある場合は、スコア点数を25点以上とみなすことができる。

## 令和 年度埼玉県在宅重症心身障害児の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書（ 年 月分）

## 【デイサービス】

施設名

利用者名

利用者番号

医療的ケアスコア

点

利用月日	曜日	預かり開始時間	預かり終了時間	支援時間	看護師:医療的ケア児者	担当看護師	補助基準額(A)	備考
月 1 日				0.00				
月 2 日				0.00				
月 3 日				0.00				
月 4 日				0.00				
月 5 日				0.00				
月 6 日				0.00				
月 7 日				0.00				
月 8 日				0.00				
月 9 日				0.00				
月 10 日				0.00				
月 11 日				0.00				
月 12 日				0.00				
月 13 日				0.00				
月 14 日				0.00				
月 15 日				0.00				
月 16 日				0.00				
月 17 日				0.00				
月 18 日				0.00				
月 19 日				0.00				
月 20 日				0.00				
月 21 日				0.00				
月 22 日				0.00				
月 23 日				0.00				
月 24 日				0.00				
月 25 日				0.00				
月 26 日				0.00				
月 27 日				0.00				
月 28 日				0.00				
月 29 日				0.00				
月 30 日				0.00				
月 31 日				0.00				

	利用日数	利用時間	補助基準額計(A)
月間合計 (デイサービス)		0:00	0

\*預かり開始時間①と預かり終了時間②について、ドライバーとは別に看護師等が乗車し、医療的ケア児者にケアを行った場合に限り、送迎時間を支援時間として算入することができる。

\*2 常時見守りが必要など、スコア点数だけでは評価できない特別な事情がある場合は、スコア点数を25点以上とみなすことができる。

**様式第2号（その4）（第7条関係）**

様式第2号(その4) (第7条関係)

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書(支援実績) (デイサービス(独立型)用)

( 年 月分)

施設名

所在市町村名

利用月日	曜日	利用者			担当看護師		看護師:利用者
		利用者名	居住地 (市町村)	支援時間	看護師名	勤務時間	1:1 or 1:2以上
月 1 日							
月 2 日							
月 3 日							
月 4 日							
月 5 日							
月 6 日							
月 7 日							
月 8 日							
月 9 日							
月 10 日							
月 11 日							
月 12 日							
月 13 日							
月 14 日							
月 15 日							
月 16 日							
月 17 日							
月 18 日							
月 19 日							
月 20 日							
月 21 日							
月 22 日							
月 23 日							
月 24 日							
月 25 日							
月 26 日							
月 27 日							
月 28 日							
月 29 日							
月 30 日							
月 31 日							

## 様式第2号（その5）（第7条関係）

様式第2号（その5）（第7条関係）

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業実施状況報告書(支援実績)(デイサービス(併設型)用)

( 年 月分)

施設名

所在市町村名

利用月日	曜日	利用者			担当看護師		看護師:利用者 (1:1 or 1:2以 上) ※2	同日に同事業所 で法定サービスの 利用の有無 ※2
		利用者名	居住地 (市町村)	支援時間 ※1	看護師名	勤務時間		
月 1 日								
月 2 日								
月 3 日								
月 4 日								
月 5 日								
月 6 日								
月 7 日								
月 8 日								
月 9 日								
月 10 日								
月 11 日								
月 12 日								
月 13 日								
月 14 日								
月 15 日								
月 16 日								
月 17 日								
月 18 日								
月 19 日								
月 20 日								
月 21 日								
月 22 日								
月 23 日								
月 24 日								
月 25 日								
月 26 日								
月 27 日								
月 28 日								
月 29 日								
月 30 日								
月 31 日								

※1 日中一時併設型において、日中一時単独型の単価を適用する場合にのみ、「支援時間」に送迎の時間を含めることが  
できる。

※2 日中一時併設型において、同日に法定サービスの提供を受けていない場合であって、日中一時独立型の単価を適用  
する際に記載。

様式第3号（第8条関係）  
様式第3号（第8条関係）

第                  号  
年    月    日

様

北本市長                  印

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業  
補助金交付・不交付決定通知書

年    月    日付けで申請のあった北本市在宅重症心身障害児等の家  
族に対するレスパイトケア事業補助金については、下記のとおり決定した  
で通知します。

記

1 交付

- (1) 事業所名
- (2) 補助金交付決定額      金      円
- (3) 補助対象事業の期間      年    月分

2 不交付

(理由)

様式第4号（第9条関係）  
様式第4号（第9条関係）

第 号  
年 月 日

様

北本市長 印

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業  
補助金取消決定通知書

北本市在宅重症心身障害児等の家族に対するレスパイトケア事業補助金の  
取消しについて、下記のとおり決定したので通知します。

記

取消内容

(1) 事業所名

(2) 取消しとなった補助金の額 金 円

(3) 取消しとなった補助対象事業の期間 年 月 分

(4) 取消しの理由