

砂川市規則第 18 号
令和 4 年 3 月 31 日

砂川市障害者地域生活支援事業実施規則の一部を改正する規則をここに公布する。

砂川市長 善 岡 雅 文

(別 紙)

砂川市障害者地域生活支援事業実施規則の一部を改正する規則

砂川市障害者地域生活支援事業実施規則（平成18年規則第51号）の一部を次のように改正する。

別表１の２（第18条、第22条、第23条関係）中「盲人」を「視覚障害者」に改め、別表３（第30条関係）及び別表４（第44条関係）を次のように改める。

別表３（第30条関係）

移動支援事業基準額表

利用時間（時間）	移動支援（身体介護有）	移動支援（身体介護無）
～0.5	2,550 円	1,050 円
～1.0	4,020 円	1,960 円
～1.5	5,840 円	2,740 円
～2.0	6,660 円	30 分増すごとに 700 円追加
～2.5	7,500 円	
～3.0	8,330 円	
3.0 を超える場合	30 分増すごとに 830 円追加	

別表４（第44条関係）

日中一時支援事業基準額表

（障害者）

対象者の障害支援区分	所要時間による利用単価		
	4 時間未満	4 時間以上 8 時間未満	8 時間以上
障害支援区分 6	2,250 円	4,510 円	6,770 円
障害支援区分 5	1,910 円	3,830 円	5,750 円
障害支援区分 4	1,580 円	3,170 円	4,750 円
障害支援区分 3	1,420 円	2,850 円	4,270 円
障害支援区分 2	1,240 円	2,490 円	3,730 円
障害支援区分 1	1,240 円	2,490 円	3,730 円

（障害児）

対象者の単価区分	所要時間による利用単価		
	4 時間未満	4 時間以上 8 時間未満	8 時間以上
区分 3	1,910 円	3,830 円	5,750 円
区分 2	1,500 円	3,010 円	4,510 円
区分 1	1,240 円	2,490 円	3,730 円

※障害者は法に基づく障害支援区分とし、障害児は同法に基づく単価区分とする。

別記第１号様式（第14条関係）から別記第21号様式（第55条関係）まで及び別記第22号様式の２（第56条の６関係）から別記第27号様式（第59条関係）までを次のように改める。

附 則

この規則は、令和４年４月１日から施行する。

別記第1号様式(第14条関係)

手話通訳者等派遣申請書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり手話通訳者等派遣について申請します。

申請者	氏 名		住 所	〒
	電 話 番 号		対象者との続柄	
対象者(団体)	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏 名 (団体名)			
	居 住 地 (所在地)	〒		
	電 話 番 号			
身体障害者手帳 障 害 名	手帳番号	第 号	(手帳記載内容)	
	障 害 等 級	種 級		
	交付年月日	年 月 日		
利用希望日時	年 月 日() 午前・後 時 分 ~ 午前・後 時 分			
利 用 場 所	(住所:)			
利 用 目 的				

別記第2号様式(第14条関係)

手話通訳者等派遣決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました手話通訳等派遣については、審査の結果次のとおり決定しましたので通知します。

対象者(団体)	フリガナ	
	氏 名 (団体名)	
	居 住 地 (所在地)	〒
	電話番号	
審 査 結 果	手話通訳者等派遣事業の利用を決定します。	
サービス提供 日 時	年 月 日() 午前・後 時 分 ~ 午前・後 時 分	
利 用 場 所	(住所:)	
利 用 目 的		

問い合わせ先

〒073-0195

砂川市西7条北2丁目

砂川市福祉事務所(社会福祉課)

TEL 0125-74-8103

手話通訳者等派遣却下通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました手話通訳等派遣については、審査の結果却下することに決定しましたので通知します。

対象者 (団体)	フリガナ	
	氏 名 (団体名)	
	居 住 地 (所在地)	〒
	電話番号	
審 査 結 果	手話通訳者等派遣事業の利用を却下します。	
却 下 の 理 由		
備 考		

教示

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があつたことを知った日の翌日から起算して3月以内に砂川市長に対して、審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、砂川市を被告として(訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。)、提起しなければなりません(なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。)。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。

問い合わせ先
〒073-0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所(社会福祉課)
TEL 0125-74-8103

別記第4号様式（第14条、第28条、第42条、第49条関係）
地域生活支援事業委託通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

地域生活支援事業（ ）の利用決定を行いましたので次のとおり事業実施の委託をします。

対象者	フリガナ	
	氏 名	
	居 住 地	〒
	電話番号	
サービス提供日	時	年 月 日（ ）午前・後 時 分～午前・後 時 分
サービス内容		
利 用 場 所		
利 用 目 的		

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

別記第5号様式（第19条関係）

日常生活用具給付等申請書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり日常生活用具の給付（貸与）を申請します。

なお、日常生活用具の給付（貸与）の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録資料、税務資料その他を閲覧し、又は各関係機関に調査若しくは照会する事を承諾します。

申請者	フリガナ			住 所	〒			
	氏 名							
	電話番号			対象者との続柄				
対象者	フリガナ			生年月日	年 月 日			
	氏 名							
	居住地	〒						
	電話番号							
身体障害者 手帳名	手帳番号	第 号		交付年月日	年 月 日			
	障害種別			障害等級	種 級			
給付・貸与を希望する理由								
給付・貸与を希望する用具の名称				用具の等				
希望する 給付業者	名 称							
	所在地							
	電 話			F A X				
現在の住まいの状況	住 宅	1 自家 2 借家 貸し主の諾否 諾・否		浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし	便器	1 和式 2 洋式 3 携帯用	
現在の介護の状況	入浴	1 他人の介護が必要 2 清拭のみ 3 入浴・清拭両方できない 4 自力でできる			排便	1 他人の介護が必要 2 便器(携帯用)使用 3 自力でできる		
世帯範囲の特例に関する認定	☐ 次のいずれにも当てはまるため、住民票に記載された世帯ではなく、申請者のみ又は申請者及びその配偶者のみの世帯とすることを申請します。 1 税制上、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等が障害者を扶養控除の対象としていない。 2 健康保険制度において、同一の世帯に属する親、兄弟、子ども等の被扶養者となっていない。							

注：添付書類 対象者又は対象者を扶養する者の前年分所得税及び前年度分市町村民税の課税額を証明する書類（砂川市で住民税の課税の有無を確認できる方は不要です。）

別記第6号様式（第19条関係）

日常生活用具給付等調査書

申 受 年	請 理 月	書 号 日	第	号	申請者 氏 名		対象者の 続 柄	
			年	月				
対 象 者	氏 名					居住地		
	生 年 月 日	年 月 日				電 話		
	身体障害者 手帳 番号					障害名	障害等級	
世 帯 員 の 状 況	課 税 世 帯	氏 名	年 齢	対象者の 続 柄	課 税 状 況	備 考		
					課 税 区 分	市 民 税 割		
	非 課 税 世 帯	氏 名	所 得	障 害 年 金	手 当	合 計		
世 帯 区 分	1 生活保護 2 低所得者1 3 低所得者2 4 一般 5 一定所得以上							
住 ま い の 状 況	1 自家 2 借家	給付・貸付後の 介 護 の 状 況		1 自力で入浴・排便できるようになる 2 給付しても他人の介助が必要 3 給付しても入浴・排便できない 4 その他（ ）				
給付・貸与 の 必 要 の 有 無	1 有 2 無	給付・貸付する (しない) 理由						
用 具 名 等	基 準 額	見 積 額	月 上 限 負 担 額	利用者負担額	公 費 負 担 額			
合 計								
そ の 他 特 記 事 項								
上記のとおり確認しました。 年 月 日								
調査者								

別記第7号様式（第19条関係）

日常生活用具給付等決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました日常生活用具の給付（貸与）につ
きましては、次のとおり決定しましたので通知します。

給付番号			給付決定			
			年 月 日			
対象者氏名			身体障害者			
			手帳番号等			
給付する用具名 (含む形式規格)			納入業者名			
			納入業者 の住所			
価 格		給付を受ける者 又は扶養する者 が支払うべき額		公費負担額		
注意事項 1 用具は、対象者又はこれを扶養する者がその能力に応じて費用の一部を直接 業者に支払うことを条件に給付されるものでありますから、支払うこととされ た額については、必ず用具を受け取る際に支払ってください。 2 給付された用具を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け し、又は担保に供したりすることは堅く禁じられています。 3 2に反した場合は、費用の全部又は一部を返還してもらうことがあります。						

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

日常生活用具給付等却下通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました日常生活用具給付等につきましては、審査の結果却下することに決定しましたので通知します。

対象者	フリガナ		居住地	〒
	氏 名			
却下の理由				

教示

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に砂川市長に対して、審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。

問い合わせ先

〒073-0195

砂川市西7条北2丁目

砂川市福祉事務所（社会福祉課）

Tel 0125-74-8103

別記第9号様式（第19条関係）

日常生活用具給付券				
給付番号		発行年月日	年 月 日	
対象者氏名		生年月日	年 月 日	
居住地				
扶養者氏名		対象者との続柄		
給付する用具名 (型式、規格等)	費用額	給付を受ける者 又は扶養する者 が支払うべき額	市支払額	
納入業者		納入業者の住所		
この券の有効期限	受給者が業者に 提示する期限	発行の日から 1 月	業者の公費 支払請求期限	引渡しから 1 月
上記のとおり決定する。 年 月 日 砂川市福祉事務所長 印				
業者の納入した日	納付を受けた者又は 扶養する者より受領した額		受領業者名及び年月日	
年 月 日	円		年 月 日	
用具受領者氏名		検収者	職名	
			氏名	
その他特記事項				

別記第10号様式（第28条関係）

移 動 支 援 事 業 申 請 書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり移動支援事業の申請をします。

なお、移動支援事業の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録資料、税務資料その他を閲覧し、又は各関係機関に調査若しくは照会することを承諾します。

申請者	フリガナ		住 所	〒		
	氏 名					
	電話番号		対象者との続 柄			
対象者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日		
	氏 名					
	居 住 地	〒				
	電話番号					
身体障害者手帳番号			療 手 帳 番 号		精神保健福祉手帳番号	
障 害 名 及 び 障 害 等 級						
申請する支援の種類・内容	種 別	☐ 身体介護有り		☐ 身体介護無し		
	内 容					

移動支援事業決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました移動支援事業については、審査の結果次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	氏 名		居住地	〒
	電話番号			
有効期間			費用負担	
支援の種類・内容	種 別	☐ 身体介護有り		☐ 身体介護無し
	内 容			
注 意 事 項		1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示してください。 2 記載事項等に変更があったときには、福祉事務所長にその旨を届け出てください。		

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

移動支援事業却下通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました移動支援事業につきましては、審査の結果却下することに決定しましたので通知します。

対象者	フリガナ		居住地	〒
	氏 名			
却下の理由				

教示

1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に砂川市長に対して、審査請求をすることができます。

2 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。

問い合わせ先
〒073-0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125-74-8103

別記第13号様式（第42条関係）

日 中 一 時 支 援 事 業 申 請 書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり日中一時支援事業の申請をします。

なお、日中一時支援事業の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録資料、税務資料その他を閲覧し、又は各関係機関に調査若しくは照会することを承諾します。

申請者	フリガナ		住 所	〒	
	氏 名				
	電話番号		対象者との続 柄		
対象者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	居 住 地	〒			
	電話番号				
身体障害者手帳番号			療 手 帳 番 号		精神保健福祉手帳番号
障 害 名 及 び 障 害 等 級					
申請する支援の内容					

別記第14号様式（第42条関係）

日中一時支援事業決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました日中一時支援事業については、審査の結果次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	氏 名		居住地	〒
	電話番号			
有効期間			費用負担	
支援の内容				
注 意 事 項		1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示してください。 2 記載事項等に変更があったときには、福祉事務所にその旨を届け出てください。		

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

日中一時支援事業却下通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました日中一時支援事業については、審査の結果却下することに決定しましたので通知します。

対象者	フリガナ		居住地	〒
	氏 名			
却下の理由				

教示

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に砂川市長に対して、審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。

問い合わせ先

〒073-0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125-74-8103

別記第16号様式（第49条関係）

生活支援通所事業申請書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり生活支援通所事業の申請をします。
なお、生活支援通所事業の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録資料、税務資料その他を閲覧し、又は各関係機関に調査若しくは照会することを承諾します。

申請者	フリガナ		住 所	〒	
	氏 名				
	電話番号		対象者との続 柄		
対象者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名				
	居 住 地	〒			
	電話番号				
身体障害者手帳番号		療 手 帳 番 号		精神保健福祉手帳番号	
障 害 名 及 び 障 害 等 級					
申請する支援の内容					

別記第17号様式（第49条関係）

生活支援通所事業決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました生活支援通所事業については、審査の結果次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	氏 名		居住地	〒
	電話番号			
有効期間			費用負担	
支援の内容				
注 意 事 項		1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示してください。 2 記載事項等に変更があったときには、福祉事務所長にその旨を届け出てください。		

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

生活支援通所事業却下通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました生活支援通所事業につきましては、
審査の結果却下することに決定しましたので通知します。

対象者	フリガナ		居住地	〒
	氏 名			
却下の理由				

教示

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に砂川市長に対して、審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。

問い合わせ先

〒073-0195

砂川市西7条北2丁目

砂川市福祉事務所（社会福祉課）

TEL 0125-74-8103

別記第19号様式（第55条関係）

身体障害者用自動車改造費助成申請書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり身体障害者用自動車改造費助成の申請をします。
なお、身体障害者用自動車改造費助成事業の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録資料、税務資料その他を閲覧し、各関係機関に調査若しくは照会することを承諾します。

申請者	フリガナ		住 所	〒		
	氏 名					
	電話番号		対象者との続柄			
対象者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日		
	氏 名					
	居 住 地	〒				
	電話番号					
身体障害者手帳番号		療手帳番号		精神保健福祉手帳番号		
障害名及び障害等級			職 業			
改造し自立に必要な理由						

別記第20号様式（第55条関係）

身体障害者用自動車改造助成事業決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました身体障害者用自動車改造助成事業については、審査の結果次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	氏 名		居住地	〒
	電話番号			
有効期間				
支援の内容				
注 意 事 項		記載事項等に変更があったときには、福祉事務所にその旨を届け出てください。		

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

別記第21号様式（第55条関係）

身体障害者用自動車改造費助成事業却下通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました身体障害者用自動車改造費助成事業
につきましては、審査の結果却下することに決定しましたので通知します。

対象者	フリガナ		居住地	〒
	氏 名			
却下の理由				

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

別記第22号様式の2（第56条の6関係）
訪問入浴サービス事業申請書

砂川市福祉事務所長 様

申請年月日 年 月 日

次のとおり訪問入浴サービス事業の申請をします。

なお、訪問入浴サービス事業の決定のため、私（対象者）の世帯の住民登録資料、税務資料その他を閲覧し、又は各関係機関に調査若しくは照会することを承諾します。

申請者	フリガナ			住 所	〒	
	氏 名					
	電話番号			対象者との続柄		
対象者	フリガナ			生 年 月 日	年 月 日	
	氏 名					
	居 住 地	〒				
	電話番号					
身体障害者手帳 番 号			療 育 手 帳 番 号		精神保健福祉手帳 番 号	
障 害 名 及 び 障 害 等 級						
他のサービスの利用状況	障害福祉サービス	障害支援区分	有・無	区分 1 2 3 4 5 6	有効期限	
		利用中のサービスの種類と内容				
	介護保険	要介護認定	有・無	要介護度	要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）	
		利用中のサービスの種類と内容				
申請する支援の内容						

別記第22号様式の3（第56条の6関係）

訪問入浴サービス事業決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました訪問入浴サービス事業については、
審査の結果次のとおり決定しましたので通知します。

対象者	氏 名		居住地	〒
	電話番号			
有効期間			費用負担	
支援の内容				
注 意 事 項	1 本事業を利用する際は、この通知書を委託事業者に提示してください。 2 記載事項等に変更があったときには、福祉事務所長にその旨を届け出てください。			

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

訪問入浴サービス事業却下通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました訪問入浴サービス事業については、
審査の結果却下することに決定しましたので通知します。

対象者	フリガナ		居住地	〒
	氏名			
却下の理由				

教示

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に砂川市長に対して、審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。

問い合わせ先

〒073-0195

砂川市西7条北2丁目

砂川市福祉事務所（社会福祉課）

TEL 0125-74-8103

別記第23号様式（第57条関係）

地域生活支援事業利用変更届

年 月 日

砂川市福祉事務所長 様

住 所

氏 名

砂川市障害者地域生活支援事業実施規則第57条の規定により、次のとおり届け出ます。

申請者	フリガナ		住 所	〒
	氏 名			
	電話番号		対象者との続柄	
対象者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒		
	電話番号			

事業種別		
変更事項	変更前	変更後
氏 名 等		
居 住 地		
そ の 他		

地域生活支援事業決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付け 第 号で事業決定しました地域生活支援事業につきましては、次の理由で決定を取り消しますので通知します。

対象者	フリガナ		居住地	〒
	氏 名			
事業種別				
取消理由				

教示

- この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に砂川市長に対して、審査請求をすることができます。
- 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。

問い合わせ先
〒073-0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125-74-8103

別記第25号様式（第59条関係）

地域生活支援事業費用負担減免申請書

年 月 日

砂川市福祉事務所長 様

住 所

氏 名

砂川市障害者地域生活支援事業実施規則第59条第2項の規定により、次のとおり申請
します。

申請者	フリガナ		住 所	〒
	氏 名			
	電話番号		対象者との続柄	
対象者	フリガナ		生 年 月 日	年 月 日
	氏 名			
	居 住 地	〒		
	電話番号			

事 業 種 別	
減 免 理 由	

別記第26号様式（第59条関係）

地域生活支援事業費用負担減免決定通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました地域生活支援事業費用負担減免につ
きましては、審査の結果次のとおり決定しましたので通知します。

対 象 者	フリガナ		居 住 地	〒
	氏 名			
事 業 種 別				
費 用 負 担 額	減免前		減免後	

問い合わせ先
〒073—0195
砂川市西7条北2丁目
砂川市福祉事務所（社会福祉課）
TEL 0125—74—8103

地域生活支援事業費用負担減免却下通知書

第 号
年 月 日

様

砂川市福祉事務所長 印

年 月 日付けで申請がありました地域生活支援事業費用負担減免につきましては、審査の結果却下することに決定しましたので通知します。

対象者	フリガナ		居住地	〒
	氏 名			
事業種別				
却下理由				

教示

- 1 この処分について不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に砂川市長に対して、審査請求をすることができます。
- 2 処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内に、砂川市を被告として（訴訟において砂川市を代表する者は砂川市長となります。）、提起しなければなりません（なお、処分の通知を受けた日の翌日から起算して6月以内であっても、処分の日から1年を経過すると訴えを提起することができなくなります。）。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決の送達を受けた日の翌日から起算して6月以内に提起しなければならないこととされています。

問い合わせ先

〒073-0195

砂川市西7条北2丁目

砂川市福祉事務所（社会福祉課）

TEL 0125-74-8103

別表１の２（第18条、第22条、第23条関係）
日常生活用具種目表

種目		基準額（円）	耐用年数	対象者
介護・訓練支援用具	特殊寝台	154,000	8	下肢又は体幹機能障害２級以上 難病患者等で寝たきりの状態にある者
	特殊マット	19,600	5	下肢又は体幹機能障害１級以上 難病患者等で寝たきりの状態にある者
	特殊尿器	67,000	5	下肢又は体幹機能障害１級以上 難病患者等で自力で排尿できない者
	入浴担架	82,400	5	下肢又は体幹機能障害２級以上
	体位変換器	15,000	5	下肢又は体幹機能障害２級以上 難病患者等で寝たきりの状態にある者
	移動用リフト	159,000	4	下肢又は体幹機能障害２級以上 難病患者等で下肢又は体幹機能に障害のある者
	訓練椅子（児童）	33,100	5	下肢又は体幹機能障害２級以上
	訓練用ベッド	159,200	8	下肢又は体幹機能障害２級以上の児童 難病患者等で下肢又は体幹機能に障害のある者
自立生活支援用具	入浴補助用具	90,000	8	下肢又は体幹機能障害 難病患者等で入浴に介助を要する者
	便器	4,450	8	下肢又は体幹機能障害２級以上 難病患者等で常時介護を要する者
	T字状・棒状のつえ	3,000	3	平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害
	移動・移乗支援用具	60,000	8	平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害 難病患者等で下肢が不自由な者
	頭部保護帽	12,160	3	平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害 てんかんの発作により頻繁に転倒する知的障害者（児）・精神障害者
	特殊便器	151,200	8	上肢障害２級以上 難病患者等で上肢機能に障害のある者
	火災警報器（１世帯２台を限度）	15,500	8	障害等級２級以上 障害種別にかかわらず火災発生の感知・避難が困難な者
	自動消火器	28,700	8	障害等級２級以上 障害種別にかかわらず火災発生の感知・避難が困難な者 火災発生の感知・避難が困難な難病患者等のみの世帯及びこれに準ずる世帯
	電磁調理器	41,000	6	視覚障害２級以上
	歩行時間延長信号機用小型送信機	7,000	10	視覚障害２級以上
	聴覚障害者用屋内信号装置	87,400	10	聴覚障害２級以上
住宅療養等支援用具	透析液加湿器	51,500	5	腎臓機能障害３級以上
	ネブライザー	36,000	5	呼吸器機能障害３級以上又は同程度の身体障害者（児）で必要と認められる者 難病患者等で呼吸器機能に障害のある者
	電動式たん吸引器	56,400	5	呼吸器機能障害３級以上又は同程度の身体障害者（児）で必要と認められる者 難病患者等で呼吸器機能に障害のある者
	吸引・吸入両用器	69,000	5	呼吸器機能障害３級以上又は同程度の身体障害者（児）で必要と認められる者 難病患者等で呼吸器機能に障害のある者
	酸素ボンベ運搬車	17,000	10	在宅酸素療法者
	視覚障害者用体温計（音声式）	9,000	5	視覚障害２級以上
	視覚障害者用体重計	18,000	5	視覚障害２級以上
	視覚障害者用血圧計	15,000	5	視覚障害２級以上

情報・意思疎通支援用具	動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）	157,500	5	難病患者等で人工呼吸器の装着が必要な者
	携帯用会話補助装置	98,800	5	音声言語機能障害又は肢体不自由者であって発声、発語に著しい障害を有する者
	パーソナルコンピュータ	118,500	6	上肢機能障害2級以上又は言語、上肢複合障害2級以上
	点字ディスプレイ	383,500	6	視覚及び聴覚重度重複障害
	点字タイプライター	63,100	5	視覚障害2級以上
	視覚障害者用ボータブルレコーダー	89,800	6	視覚障害2級以上
	地デジ対応ラジオ	29,000	6	視覚障害2級以上
	視覚障害者用活字文書読み上げ装置	115,000	6	視覚障害2級以上
	視覚障害者用拡大読書器	198,000	8	視覚障害者であって、本装置で読むことが可能となる者
	視覚障害者用時計	解読式 10,300 音声式 13,300	10	視覚障害2級以上
	聴覚障害者用通信装置	71,000	5	聴覚障害又は発声・発語に著しい障害を有する者
	聴覚障害者用情報受信装置	88,900	6	聴覚障害者
	人工内耳体外装置	200,000	5	人工内耳装着5年以上経過の聴覚障害者（児）で、医療保険等による給付を受けることができない者
	人工内耳用電池等	充電機 20,300/個 ※1回に2個まで 充電器 13,500/個	2	人工内耳を装着している聴覚障害者（児）
	人工喉頭	70,100	5	喉頭摘出者
	ファックス（貸与）	7,700	—	聴覚又は音声機能若しくは言語機能障害3級以上で、電話での意思疎通困難
	視覚障害者用ワードプロセッサ（共同利用）	1,030,000	—	視覚障害者
排泄管理支援用具	点字図書	市長が認めた額	—	聴覚障害者
	ストーマ装具	蓄便袋 8,858 蓄尿袋 11,639	—	ストーマ造設者
	紙おむつ等	12,000 (月額)	—	高度の排便機能障害者、脳原性運動機能障害かつ意思表示困難者、先天性疾患による高度の排尿機能障害者でストーマ用具等が使用できない者
	収尿器	8,500	1	高度の排尿機能障害者
住宅改修費	居宅生活動作補助用具	200,000	—	下肢、体幹機能障害又は乳幼児期非進行性脳病変難病患者等で下肢又は体幹機能に障害のある者

別表 3（第30条関係）

移動支援事業基準額表

利用時間（時間）	移動支援（身体介護有）	移動支援（身体介護無）
～0.5	2,550円	1,050円
～1.0	4,020円	1,960円
～1.5	5,840円	2,740円
～2.0	6,660円	30分増すごとに700円追加
～2.5	7,500円	
～3.0	8,330円	
3.0を超える場合	30分増すごとに830円追加	

別表 4（第44条関係）

日中一時支援事業基準額表

（障害者）

対象者の障害支援区分	所要時間による利用単価		
	4 時間未満	4 時間以上 8 時間未満	8 時間以上
障害支援区分 6	2,250円	4,510円	6,770円
障害支援区分 5	1,910円	3,830円	5,750円
障害支援区分 4	1,580円	3,170円	4,750円
障害支援区分 3	1,420円	2,850円	4,270円
障害支援区分 2	1,240円	2,490円	3,730円
障害支援区分 1	1,240円	2,490円	3,730円

（障害児）

対象者の単価区分	所要時間による利用単価		
	4 時間未満	4 時間以上 8 時間未満	8 時間以上
区分 3	1,910円	3,830円	5,750円
区分 2	1,500円	3,010円	4,510円
区分 1	1,240円	2,490円	3,730円

※障害者は法に基づく障害支援区分とし、障害児は同法に基づく単価区分とする。