

岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、在宅の医療的ケア児の看護や介護を行う家族の負担軽減を図るために実施する岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金（以下「助成金」という。）の交付に関し必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、医療的ケアとは、人工呼吸器管理、たん吸引、経管栄養等の日常生活に不可欠な支援をいう。

2 この要綱において、医療的ケア児とは、次の各号のいずれにも該当する者をいう。

(1) 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）の規定に基づき、岡垣町の住民基本台帳に記録があり、かつ岡垣町内に現に居住していること。

(2) 0歳から18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にあること。

(3) 在宅で同居の障がい児等の保護者又は障がい児等の看護及び介護を行う者（以下「保護者等」という。）による看護及び介護を受けて生活していること。

(4) 医師の訪問看護指示書（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第19条の4第1項の規定に基づく訪問看護指示書をいう。）による医療的ケアを必要としていること。

(5) 訪問看護（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する訪問看護をいう。）により医療的ケアを受けていること。

3 この要綱において、家族とは、医療的ケア児の保護者等で、現に当該医療的ケア児の看護及び介護を行っていると町長が認めた者をいう。

(助成対象者)

第3条 助成金の交付を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、医療的ケア児の家族とする。

(助成対象経費及び助成金額)

第4条 助成金の交付の対象経費及びこれに対する助成金額は、別表のとおりとする。ただし、算出された額に1,000円未満の端数が生じた場合は、これを切り捨てるものとする。

(利用の申請等)

第5条 助成金の交付を受けようとする助成対象者は、利用しようとする指定訪問看護ステーション（以下「利用訪問看護ステーション」という。）を経

由して、町長に岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用申請書（様式第 1 号）を提出しなければならない。

- 2 町長は、前項の申請があったときは、助成事業の利用の可否を決定し、利用訪問看護ステーションを経由して助成対象者に対し、岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用（却下）決定通知書（様式第 2 号）を交付するものとする。
- 3 町長は、医療的ケア児が、利用訪問看護ステーションから前条の助成金の交付対象となる看護（以下「助成対象訪問看護」という。）を受けたときは、助成対象者が当該利用訪問看護ステーションに支払うべき助成対象訪問看護に要した費用について、別表で定める助成金額を限度として、助成対象者に代わり、当該利用訪問看護ステーションに支払うものとする。
- 4 前項の規定による支払いがあったときは、助成対象者に対し助成金を交付したものとみなす。

（助成金の交付申請及び実績報告）

第 6 条 利用訪問看護ステーションは、前条の助成対象訪問看護を実施した月ごとに、岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用者台帳（様式第 3 号）により管理を行うこととし、岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付申請書兼実績報告書（様式第 4 号。以下「助成金交付申請書兼実績報告書」という。）及び岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用者実績表（様式第 5 号）により助成金の交付を申請するとともに、関係書類を添えて利用実績を町長に報告しなければならない。

- 2 助成金交付申請書兼実績報告書の提出期限は、町長が別に定める日とする。
- （決定の通知）

第 7 条 町長は、前条による交付申請があったときは、交付する助成金の額を決定し、岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付決定通知書（様式第 6 号）により利用訪問看護ステーションに通知するものとする。

（助成金の交付）

第 8 条 前条により助成金の決定の通知を受けた利用訪問看護ステーションは助成金の交付を受けようとするときは、町長に岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付請求書（様式第 7 号）を提出しなければならない。

- 2 町長は、前項の請求があったときは、請求のあった日から 30 日以内に助成金を交付するものとする。

（その他）

第 9 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は町長が別に定める。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。
- （岡垣町医療的ケア児等在宅レスパイト事業実施要綱の廃止）

2 岡垣町医療的ケア児等在宅レスパイト事業実施要綱（令和3年岡垣町要綱第15号）は廃止する。

別表（第4条関係）

助成対象経費	助成金額
指定訪問看護ステーションが在宅の医療的ケア児を訪問して行う看護（健康保険法の適用対象となる訪問看護を除く。）に係る費用	次の算式により算定した額とする。 助成金額＝A×7,500 円（1時間当たり単価） 備考 この算式に掲げる記号の意義は、次に定めるとおりとする。 A 指定訪問看護ステーションが、在宅の医療的ケア児を対象に、家族に代わって看護を行う一日当たりの時間から健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間を控除した数（1時間未満切り捨て）。ただし、補助対象者一人につき、一年度当たり 48 時間を上限とする。

様式第 1 号（第 5 条関係）
様式第 1 号（第 5 条関係）

年 月 日

岡垣町長 様

(助成対象者)

住所

氏名 印

岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用申請書

年度において岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業を利用したいので、岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第 5 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、利用者負担額の決定のため、岡垣町が私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することについて同意します。

また、主治医や訪問看護ステーションから事業に必要な利用者の情報を得ることについて同意します。

記

利用者名 (助成対象者との 続柄)	()		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
住所					
身体障害者手帳	あり・なし	手帳番号	第 号	級	
主治医	病院名			氏名	
利用する訪問看護 ステーション					
医療的ケアの状況	人工呼吸器 気管切開 吸引 経管栄養(経鼻、胃ろう、腸ろう) 酸素療法 導尿 中心静脈栄養(IVH) その他()				

- 注意
- 1 医療的なケアを受けていることの証明となる書類(医師の指示書の写し等)を添付してください。
 - 2 身体障害者手帳の写しを添付して下さい。

様式第 2 号（第 5 条関係）
様式第 2 号（第 5 条関係）

年 月 日

様

岡垣町長 印

岡垣町医療的ケア見在宅レスパイト事業利用(却下)決定通知書

年 月 日付で申請のあった岡垣町医療的ケア見在宅レスパイト事業の利用については、下記のとおり利用（却下）を決定しましたので、岡垣町医療的ケア見在宅レスパイト事業助成金交付要綱第 5 条の規定により通知します。

記

1 助成対象訪問看護を受ける者

利用者名 (助成対象者との 続柄)	()	生年月日 (年齢)	年 月 日生 (歳)	
住所				
身体障害者手帳	あり・なし	手帳番号	第 号	級
利用する訪問看護 ステーション				
医療的ケアの状況	人工呼吸器 気管切開 吸引 経管栄養（経鼻、胃ろう、腸ろう） 酸素療法 導尿 中心静脈栄養（I V H） その他（ ）			

却下の場合

- 1 この処分について不服がある場合は、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か月以内に、岡垣町に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、岡垣町を被告として（訴訟において岡垣町を代表する者は岡垣町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の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があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。

様式第3号（第6条関係）

様式第3号（第6条関係）

岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用者台帳

（ 年度）

訪問看護ステーション名	
-------------	--

	利用者名	生年月日	助成対象 利用日数 (日)	延べ 利用時間 (時間)	助成金額 (円)	備 考
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
合 計						

- (注) 1 助成対象利用日数は、利用したサービス日数を記入すること。
2 延べ利用時間は一日当たりの時間から健康保険法の適用対象となる時間を控除した総時間数（1時間未満切り捨て）の合計を記入すること。
3 助成金額は、利用者に係る経費の助成額を記入すること。

様式第4号（第6条関係）

様式第4号（第6条関係）

年 月 日

岡垣町長 様

（助成対象訪問看護ステーション）

住 所

名 称

代表者名

岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付申請書兼実績報告書

年 月分の岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業を実施したので、岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第6条の規定により、関係書類を添えて下記のとおり助成金の交付を申請し、併せてその実績を報告します。

記

- | | |
|----------|----|
| 1 延べ利用者数 | 人 |
| 2 延べ利用日数 | 日 |
| 3 延べ利用時間 | 時間 |
| 4 助成金額 | 円 |

関係書類

- 1 岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用者実績表（様式第5号）
- 2 その他町長が必要と認める書類

様式第 5 号（第 6 条関係）

様式第 5 号（第 6 条関係）

年度岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業利用者実績表

（ 年 月分）

利用者氏名		生年月日		年　月　日		訪問看護ステーション名				
	日付	医療的ケアの内容	訪問看護 利用時間 (a)		健康保険法 適用対象時間 (b)		補助対象 時間 (c)=(a)-(b) ※：時間未満は除く	看護提供 費用 (d)	助成金額 (e)-(d)	備　考
			開始時間	終了時間	開始時間	終了時間	時間	(c)×助成金額 円	円	
1			:	:	:	:				
			:	:	:	:				
2			:	:	:	:				
			:	:	:	:				
3			:	:	:	:				
			:	:	:	:				
4			:	:	:	:				
			:	:	:	:				
5			:	:	:	:				
			:	:	:	:				
合　計										

様式第 6 号（第 7 条関係）

様式第 6 号（第 7 条関係）

年 月 日

（助成対象訪問看護ステーション）

名 称

代表者名

様

岡垣町長

印

岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付決定通知書

年 月分の実績報告があった岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金については、下記のとおり決定しましたので、岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第 7 条の規定により通知します。

記

交付決定額 金

円

様式第 7 号（第 8 条関係）
様式第 7 号（第 8 条関係）

年 月 日

岡垣町長 様

（助成対象訪問看護ステーション）

住 所

名 称

代表者名 □

岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付請求書

年 月分の交付決定通知書に基づく岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金について、岡垣町医療的ケア児在宅レスパイト事業助成金交付要綱第 8 条の規定により、下記のとおり請求します。

記

請求金額 金 円

振込先

金融機関名	銀行・信金・組合
支店名	
預金種別	普通 ・ 当座
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	