

日中一時支援事業利用申請書

(提出先)

.....区保健福祉センター所長

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請者	フリガナ					
	氏名			生年月日	年 月 日	
	居住地	〒 電話番号(連絡先) —				
市民税の課税状況		生活保護世帯等 ・ 市民税非課税世帯 ・ 市民税課税世帯				
フリガナ						
利用者が児童の場合 児童氏名			生年月日	年 月 日		
利用希望者の 状況について	手帳の所持	有 ・ 無				
	障がい種別	障がい等級(身体)	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6			
		障がい等級(知的)	A ・ B1 ・ B2			
		障がい等級(精神)	1 ・ 2 ・ 3			
		難病指定※の有無	有 ・ 無			
家族の状況 ※同居家族のみ	氏名	続柄	生年月日	職業・健康状態等	課税状況の確認	
					要 ・ 否	
					要 ・ 否	
					要 ・ 否	
					要 ・ 否	
通学中の学校 ※児童のみ	学校名					
	住所					
	電話番号					
申請の理由						
利用希望	利用を希望する事業所 ※複数箇所可能					
	利用希望期間(年度)	年 月 日 ~ 年 月 日				

※治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であつて障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者

届出者(※)	フリガナ			<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	申請者との関係
	氏名				
	居住地	〒 電話番号 —			

※本人が届け出る場合は、記入不要です。

同意書

日中一時支援事業にかかる市民税の課税状況の確認にあたり、私及び上記の市民税の課税状況の確認を要する者は、課税台帳等の関係公簿を閲覧することに同意します。

以上の内容については上記の者の承諾を得ています。

氏名

日中一時支援事業利用内容変更届

(提出先)

年 月 日

.....区保健福祉センター所長

申請者 住所 _____
氏名 _____
(電話 _____)

次のとおり届け出ます。

利用者の状況	フリガナ		受給者番号	
	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	〒 _____ 電話番号(連絡先) _____		
	手帳の所持	有 ・ 無		
	障がい種別	障がい等級(身体)	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6	
障がい等級(知的)		A ・ B1 ・ B2		
障がい等級(精神)		1 ・ 2 ・ 3		
難病指定※の有無		有 ・ 無		
決定内容	事業所名			
	所在地			
	電話番号			
	利用決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
変更年月日	年 月 日			
変更事項	変更内容	変更前	変更後	
	<input type="checkbox"/> 本人氏名			
	<input type="checkbox"/> 本人住所			
	<input type="checkbox"/> 保護者氏名			
	<input type="checkbox"/> 保護者住所			
	<input type="checkbox"/> その他(連絡先等)			

※治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者

日 中 一 時 支 援 事 業 所 登 録 届 出 書

大 阪 市 長

申請者 { 主たる事務所の所在地 :
名 称 :
代表者の職・氏名 :

日中一時支援事業の実施事業所として登録を受けたいので、関係書類を添えて届け出ます。

申請者 (法人名等)	法人名称	(フリガナ)					
	主たる事務所の所在地又は住所	郵便番号 ()		都道府県	郡市区		
	連絡先	電話番号			FAX番号		
		e-mail					
	法人の種類別				法人所轄庁		
	代表者の名	職名			フリガナ	氏名	
登録を受けようとする事業所	代表者の住所	郵便番号 ()		都道府県	郡市区		
	名称	(フリガナ)					
	事業所在地	郵便番号 ()		大阪市 区			
	連絡先	電話番号			FAX番号		
		実施する部屋名	面積		利用定員		
	実施曜日				実施時間		
	主たる対象者 ※該当するものに○	障がい者 (知的・身体・精神) ・ 障がい児 (知的・身体・精神) ・ 難病等※					
フリガナ				フリガナ			
従事する職員 (主)				従事する職員 (副)			
既に指定を受けている事業等 ※複数ある場合は、主な事業で可				事業所番号			
事業開始予定年月日		年		月	日		

※治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者

備考

- 「法人の種類別」の欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」、「有限会社」等の別を記入してください。
- 「法人所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。
- 「従事する職員（副）」の欄には、利用定員が5人以上の場合、従事する職員（副）の氏名を記入してください。
- 「既に指定を受けている事業等」の欄には、同一所在地において既に都道府県の指定を受け、番号が付されている場合に、該当する事業を記載し、その事業所番号を記入してください。

受 付 (本市記入欄)

日中一時支援事業変更届

事業所名		事業所番号	
所在地			
変更事項	<input type="checkbox"/> 名称		
	<input type="checkbox"/> 所在地		
	<input type="checkbox"/> 連絡先		
	<input type="checkbox"/> 実施場所 ※平面図を添付		
	<input type="checkbox"/> 利用定員		
	<input type="checkbox"/> 実施曜日		
	<input type="checkbox"/> 実施時間		
	<input type="checkbox"/> 主たる対象者 ※該当するものに○	障がい者 (知的・身体・精神)・難病等※	
		障がい児 (知的・身体・精神)・難病等※	
		※治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者	
	<input type="checkbox"/> 配置職員氏名(主)		
	<input type="checkbox"/> 配置職員氏名(副)		
	<input type="checkbox"/> 配置職員氏名(副)		
	<input type="checkbox"/> 主体及び併設施設		
<input type="checkbox"/> 法人名称・所在地・代表者名等			
<input type="checkbox"/> 加算体制 ※様式第11号別紙を添付			
<input type="checkbox"/> その他			
変更年月日	年 月 日		
上記のとおり日中一時支援事業を変更しますので届け出ます。			
年 月 日			
法人所在地			
名 称			
代表者氏名			
大 阪 市 長 様			

日中一時支援事業 廃止・休止届

廃止・休止予定年月日	年 月 日
廃止・休止の理由	
現に利用している者に対する対応	
休 止 予 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
<p>上記のとおり日中一時支援事業を廃止・休止しますので届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>法人所在地 名 称 代表者氏名</p> <p>大 阪 市 長 様</p>	

年 月 日

大阪市長様

事業所番号 :

所在地 :

事業所名 :

法人名 :

代表者 :

年 月分 日中一時支援事業 【実績報告書】

標記事業について、次のとおり実施しましたので、関係書類を添えて報告します。

1 利用実人数 _____ 人 (内課税利用者 _____ 人 非課税利用者 _____ 人 生活保護利用者 _____ 人)

2 請求金額 _____ 0 _____ 円 ...⑦

3 請求金額内訳(利用回数等)

利用時間	①回数	回数内訳			②単価	③総事業費 (①×②)	利用者負担			⑤事業費 (③-④)	加算			⑦請求金額 (⑤+⑥)
		市民税 課税 利用者 (a)	市民税 非課税 利用者	生活保護 利用者			負担 基準額 (b)	算定 回数 (a)	④負担額 (b×a)		加算 単価 (c)	算定 回数 (d)	⑥加算額 (c×d)	
3時間未満	0				1,800円	円	180円	0	円	円	420円		円	円
3時間以上4時間未満	0				2,150円	円	215円	0	円	円	420円		円	円
4時間以上6時間未満	0				3,200円	円	320円	0	円	円	420円		円	円
6時間以上	0				4,300円	円	430円	0	円	円	420円		円	円
合計	0	0	0	0	-	円	-	0	円	円	-		円	円

日中一時支援事業サービス提供実績記録票

年 月分

受給者番号		市民税の 課税状況	生活保護 非課税	障がい 種別	障がい者(知的・身体・精神)・難病※
利用者氏名			課税		障がい児(知的・身体・精神)・難病※
管轄区()区		事業所番号			
保護者氏名 (利用者が児童の場合記入)		事業所名			

日付	曜日	サービス提供実績						利用者 確認欄
		開始時間	終了時間	利用 時間数	加算◆		利用理由	
					食事	送迎		
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					
		:	:					

※治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者総合支援法第4条第1項の政令で定めるものによる障がいの程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者

◆日中一時支援事業の加算体制に係る届出をしている事業所が、生活保護世帯または市民税非課税世帯の利用者に食事あるいは送迎サービスを提供した場合のみ算定する。ただし、1日に両方の加算を算定することはできないものとする。

利用時間	①利用 回数	②単価	③事業費(①×②)	④利用 者負担	⑤算定 回数	⑥利用者負担 (④×⑤)	⑦加算 単価	⑧加算 算定回	⑨加算額 (⑦×⑧)
3時間未満	回	1,800円	円	180円	回	円	420円	回	円
3時間以上4時間未満	回	2,150円	円	215円	回	円	420円	回	円
4時間以上6時間未満	回	3,200円	円	320円	回	円	420円	回	円
6時間以上	回	4,300円	円	430円	回	円	420円	回	円
合計	-	-	A 円	-	-	B 円	-	-	C 円

月分請求額	A-B+C	円
-------	-------	---

日中一時支援事業加算体制届出書

年 月 日

大阪市長様

届出者 { 主たる事務所の所在地 :
名 称 :
代表者の職・氏名 :

標題について、別紙を添えて次のとおり届け出ます。

事業所の名称	(フリガナ)		
事業所の所在地	郵便番号 () 大阪市 区		
連絡先	電話番号		e-mail
	FAX番号		

加算体制		適用開始日
1 送迎	1 なし 2 あり	年 月 日
2 食事提供	1 なし 2 あり	年 月 日

※日中一時支援事業所に従事する職員による送迎あるいは食事の提供であることまたは業務を第三者に委託していること等、当該事業所の責任において送迎あるいは食事の提供を行う場合に、加算体制があるものとして届け出ること。

※別紙「日中一時支援事業の加算にかかる体制」を添付してください。

日中一時支援事業の加算に係る体制

事業所の名称		
事業所の所在地		
送迎	送迎方法	
	利用料金	(片道・往復) 円
食事提供	食事提供方法	
	利用料金	円

注 「送迎方法」については、運行計画や送迎ルート、車両の台数等、「食事提供方法」については事業所が行う食事提供に関する業務について記載してください。

【加算にかかる留意点】

送迎サービスの提供にあたっては、安全な運行の確保に努めること。
また、食事サービスの提供にあたっては、栄養面や衛生面に配慮し、利用者に適切な食事を提供するよう努めること。