

④運営規程について

登録事業所においては、居宅介護等の障がい福祉サービス事業と同様に、移動支援事業として次の事項を定めた運営規程を作成しておく必要があります。

- ①事業の目的及び運営の方針
- ②従事者の職種、員数及び職務の内容
- ③営業日及び営業時間
- ④利用者から受領する費用の種類及びその額
- ⑤通常の事業の実施地域
- ⑥緊急時等における対処方法
- ⑦事業の対象とする障がいの種類
- ⑧虐待の防止のための措置に関する事項
- ⑨その他運営に関する重要事項

※大阪市福祉局ホームページに、この運営規程の作成例や重要事項説明書の見本等も掲載していますので、参考にしてください。

ホームページアドレス

<http://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000006702.html>

検索サイトからのアクセス

“大阪市福祉局”で検索⇒目的別「障がいのある方へ」⇒「障害者総合支援法とは」
⇒「移動支援事業について」⇒「事業所向けページ」⇒「移動支援事業所の登録手続き」

請求関係様式

- ① 移動支援費請求書（様式第23号）
- ② 移動支援費明細書（様式第24号）
- ③ 移動支援サービス提供実績記録票（様式第25号）

地域生活支援事業給付費等請求書

大 阪 市 長

平成 年 月 日

請求事業者	指定事業所番号	
	住 所 (所在地)	
	電話番号	
	名 称	
	職・氏名	

下記のとおり請求します。

平成			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額			百万			千			円
------	--	--	----	--	--	---	--	--	---

区 分	件数	単位数	費用合計	給付費 請求額	特別対策費 請求額	利用者 負担額	自治体 助成額
地域生活支援事業	移動支援						
訓練等給付費							
小 計							
特定障がい者特別給付費							
合 計							

地域生活支援事業給付費等明細書(定額負担)

市町村番号							
助成自治体番号							

平成		年		月分	
----	--	---	--	----	--

受給者証番号																	
支給決定障がい者等氏名																	
支給決定に係る障がい児氏名																	

請求事業者	指定事業所番号																
	事業者及びその事業所の名称																
	地域区分																
就労継続支援A型事業者負担減免措置実施																	

利用者負担上限月額 ①						就労継続支援A型減免対象者					
-------------	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--	--	--

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

サービス 種別	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	

	サービス内容	サービスコード	単位数	回数	サービス単位数	摘要
	給付費明細欄					

サービス種類コード		移動支援				合計				
サービス利用日数		日	日	日	日					
給付単位数										
単位数単価		円/単位	円/単位	円/単位	円/単位					
給付率		/100	/100	/100	/100					
総費用額										
請求額 集計欄	給付率に 基づく	請求額								
		利用者負担額②								
	上限月額調整(①②の内少ない数)									
	A型減免	事業者減免額								
		減免後利用者負担額								
	調整後利用者負担額									
	上限額管理後利用者負担額									
	決定利用者負担額									
請求額	給付費									
	特別対策費									
自治体助成分請求額										

特定障がい者特別給付費	算定日額	日数	給付費請求額	実費算定額

枚中		枚目	
----	--	----	--

移動支援サービス提供実績記録票

平成 年 月分

受給者証番号	:	:	支給決定障がい者等氏名 (児童氏名)	()	事業所番号							
契約支給量	時間/月		利用者負担上限額	円	事業所 名称							

日付	曜日	移動支援計画			サービス提供時間		算定時間数	派遣 人数	利用者負担額	サービス 提供者印	利用者 確認印
		開始時間	終了時間	計画時間数	開始時間	終了時間					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
		:	:		:	:					
合計		/	/		/	/		/		/	/

	枚中		枚目
--	----	--	----