

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業実施要綱

目 次

- 第 1 章 総則
- 第 2 章 サービスの支給
- 第 3 章 サービス提供事業所
- 第 4 章 代理受領手続
- 第 5 章 雑則

第 1 章 総則

(目 的)

第 1 条 この要綱は、介護者がいない者で意思疎通が困難な重度の障がい者が医療機関に入院する場合に、第 11 条第 1 項の規定により決定を受けた大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業者（以下「コミュニケーションサポート事業者」という。）から利用者との意思伝達に熟達している者（以下「コミュニケーションサポート事業従事者」という。）を派遣し、病院スタッフとの意思疎通の円滑化を図ることを目的として行う大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業（以下「本事業」という。）について必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第 2 条 本事業は、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。以下「法」という。）に規定する地域生活支援事業として実施するものとし、その実施主体は大阪市とする。

第 2 章 サービスの支給

(対象者)

第 3 条 本事業の対象者は、次のいずれにも該当する者であって、障がい特性等、個々の状況から勘案してコミュニケーションサポート事業従事者の支援がなければ医療機関との意思疎通が困難であると判断される者とする。

- (1) 大阪市在住で、身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 4 条に規定する身体障がい者、知的障害者福祉法（昭和 35 年法律第 37 号）にいう知的障がい者、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和 25 年法律第 123 号）第 5 条第 1 項に規定する精神障がい者、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）第 4 条第 2 項に規定する障がい児、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主務大臣が定める程度である者のいずれかに該当する者
- (2) 法第 5 条第 2 項に規定する居宅介護、又は法第 5 条第 9 項に規定する重度障がい者等包括支援により、居宅介護の障がい福祉サービスの利用を行なっている者
- (3) 法第 21 条第 1 項に規定する障がい支援区分認定のために聴き取る認定調査項目におけるコミュ

ニケーション等に関連する項目のうち、「3-3 コミュニケーション」が「日常生活に支障がない」以外と認定されている者

(4) 介護者がいない者又はこれに準じる者

(サービス内容)

第4条 本事業は、コミュニケーションサポート事業者から派遣されるコミュニケーションサポート事業従事者により行うものとする。

2 本事業のサービス内容は、入院時における医療従事者との意思疎通の円滑化を図る支援とし、診療報酬の対象となるサービスは対象とはしない。

3 コミュニケーションサポート事業者の対応できる期間は、1回の入院につき、入院初日から90日目までとする。

4 1回の入院において、コミュニケーションサポート事業者が対応できる時間は、65時間までとする。ただし、1日あたり4時間30分を超える対応を行った場合は5時間とみなす。

(報酬単価)

第5条 大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業にかかる費用（以下「コミュニケーションサポート事業費」という。）の額は、1日あたりに要したサービス提供の時間数が4時間30分以下であれば30分あたり750円、4時間30分を超える場合は1日あたり7,500円とする。

(利用者負担)

第6条 第11条の支給決定を受けた対象者（以下「利用者」という。）の負担は、原則として前条に定める報酬単価の1割とし、利用者がコミュニケーションサポート事業者に納付することとする。

2 前項の規定により算定された利用者負担額は、法に基づき決定された障がい福祉サービス費の上限月額に準じて決定を行った本事業の利用者負担上限月額の範囲内とする。

3 利用者負担額の上限月額管理については、本事業単独での管理とする。

(対象者の認定)

第7条 本事業の利用を希望する者（以下「認定申請者」という。）は、事前に「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業対象認定申請書」（様式第1号）により、居住地の区の保健福祉センター所長に申請するものとする。

2 申請を受けた保健福祉センター所長は、認定申請者が本事業の対象要件に該当するか否かの確認を行い、「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業対象認定通知書」（様式第2号、以下「認定通知書」という。）により認定申請者に通知することとする。

3 認定通知書の発行を行った保健福祉センター所長は、法第22条第8項の規定により交付された障がい福祉サービス受給者証にもあわせて本事業の認定を受けた者（以下「認定者」という。）である旨の記載を行うこととし、認定通知書の写しを大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課（以下「障がい支援課」という。）あて送付することとする。

4 認定の有効期間は、第2項の認定通知を行った日から、法第21条に規定する障がい支援区分認定の有効期間の終期までとする。

(居住地の変更の届出等)

第8条 前条における認定者が、居住地の変更等を行ったときは、保健福祉センター所長は法第24条に規定する障がい福祉サービスの決定内容に係る変更の届出によって確認を行い、変更内容反映後の障がい福祉サービス受給者証に認定者であることの記載を行うこととする。

(認定の取消し)

第9条 保健福祉センター所長は、認定者が次の各号に該当するときは認定を取り消すことができる。

- (ア) 認定者が本事業の利用を辞退したとき
- (イ) 社会福祉法(昭和26年法律第45号)第2条第2項に基づく施設にて援護を受けることになったとき
- (ウ) 認定者が死亡又は市外へ転出したとき
- (エ) その他、保健福祉センター所長が本事業の利用を不相当と認めたとき

2 前項の規定により認定を取り消したときは、保健福祉センター所長は「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業対象認定取消通知書」(様式第3号)により認定者に通知し、その通知書の写しを障がい支援課へ送付する。

(利用の申請)

第10条 入院により本事業の利用を希望する認定者(以下「利用申請者」という。)は、「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業利用申請書」(様式第4号、以下「申請書」という。)に次の関係書類を添えて、居住地の区の保健福祉センター所長に申請するものとする。

- (1) 医療機関が発行する入院期間を証明するもの
- (2) 障がい福祉サービス受給者証
- (3) その他利用に際して必要な書類

(支給決定)

第11条 申請を受けた保健福祉センター所長は、申請書等の内容を確認のうえ支給決定を行い、「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給決定通知書」(様式第5号、以下「支給決定通知書」という。)により利用申請者に通知しなければならない。

2 支給決定を行う内容は次の通りとする。

- (1) 対象者氏名
- (2) コミュニケーションサポート事業者
- (3) 対応期間
- (4) 利用者負担上限月額
- (5) その他サービス利用に際して必要な事項

3 第1項の支給決定を行った場合、保健福祉センター所長は、支給決定通知書の写しを障がい支援課へ送付することとする。

4 保健福祉センター所長は、利用が不相当と認める場合は、利用申請者に対し、「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給申請却下通知書」(様式第6号)により却下及びその理由を通知することとする。

(支給決定の変更)

第 12 条 前条の支給決定を受けた利用者が、決定内容について変更を必要とするときは、「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給内容変更申請書」(様式第 7 号) によって、居住地の区の保健福祉センターに届け出るものとし、届出を受けた保健福祉センター所長は、その旨を「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給内容変更決定(却下) 通知書」(様式第 8 号、以下「変更通知書」という。) により利用者に通知し、その変更通知書の写しを障がい支援課へ送付することとする。

(支給決定の取消し)

第 13 条 保健福祉センター所長は、利用者が次の各号に該当するときは利用決定を取り消すことができる。

- (ア) 利用者が利用を辞退したとき
- (イ) 利用者が死亡又は市外へ転出したとき
- (ウ) その他、保健福祉センター所長が本事業の利用を不相当と認めたとき

2 前項の規定により利用決定を解除したときは、保健福祉センター所長は「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給決定取消通知書」(様式第 9 号) により通知し、その通知書の写しを障がい支援課へ送付する。

第 3 章 サービス提供事業所

(コミュニケーションサポート事業者の要件)

第 14 条 コミュニケーションサポート事業者は、指定障がい福祉サービス事業者(法第 29 条第 1 項の指定障がい福祉サービス事業者をいう。以下同じ。)の指定を受けている者で、現に法に基づく居宅介護の障がい福祉サービスを提供しており、第 11 条において各区保健福祉センター所長が決定を行なった事業者が行なうものとする。

(コミュニケーションサポート事業従事者の要件)

第 15 条 コミュニケーションサポート事業従事者は、在宅生活時に利用者に対し、法に基づく居宅介護のサービス提供を行なっていた者でなければならない。

2 コミュニケーションサポート事業従事者が、本事業のサービスを提供する際は、身分を証する書類を携行させ、利用者又は院内スタッフから提示を求められたときは、これを提示しなければならない。

(コミュニケーションサポート事業者の責務)

第 16 条 コミュニケーションサポート事業者は、本事業の利用者が病院スタッフとの意思疎通が円滑に図れるよう、前条に規定するコミュニケーションサポート事業従事者を派遣し、コミュニケーションに要する支援を適切かつ効果的に行わなければならない。

2 コミュニケーションサポート事業者は、コミュニケーションに要する支援を行った場合、当該支援の提供日、内容その他必要な事項を、サービスの提供の都度記録しなければならない。また、その書類を 5 年間保管しておかななければならない。

3 コミュニケーションサポート事業者は、前項の規定による記録に際しては、利用者からサービスを提供したことについて確認を受けなければならない。

(調査及び指導監査)

第 17 条 市長は、本事業の支給に関して必要があると認めるときは、利用者に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、又は本市の職員に質問させることができる。

2 市長は、コミュニケーションサポート事業費の支給に関して必要があると認めるときは、コミュニケーションサポート事業者又はその従業者その他事業に携わる者若しくはこれらの者であった者に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、又は本市の職員に質問をさせることができる。

3 コミュニケーションサポート事業者は、前項の規定に基づき市長が定期又は随時に行う調査並びに指導監査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

4 第 1 項及び第 2 項の調査又は指導監査を行うときは、本市の職員は身分証明書を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。

第 4 章 代理受領手続

(利用者負担額の受領)

第 18 条 コミュニケーションサポート事業者は、その実施したサービスについて、コミュニケーションサポート事業費の支給を受ける場合は、本事業の利用者から第 6 条により算定した自己負担額の支払いを受けるものとする。

(領収証の交付)

第 19 条 コミュニケーションサポート事業者は、前条の規定により自己負担額の支払いを行った本事業の利用者に対し、領収証を交付しなければならない。

(コミュニケーションサポート事業費の請求及び支払)

第 20 条 コミュニケーションサポート事業者は、第 5 条に規定した額より第 6 条に規定する利用者負担額を控除した額の支払いを受けようとする際は、次の各号に掲げる書類をサービス提供終了日後、速やかに市長に提出しなければならない。

(1) 請求書 (様式第 10 号)

(2) 大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業費実績管理票 (様式第 11 号)

(3) 第 16 条第 2 項の規定によるサービス提供の記録の写し

(4) 大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業にかかる代理請求および代理受領委任状 (様式第 12 号)

2 市長は、コミュニケーションサポート事業者より前項の請求があったときには、第 5 条及び第 6 条の基準に照らして審査し、請求日後、30 日以内に当該コミュニケーションサポート事業費を支払うものとする。

3 前項の規定による支払いを受けたコミュニケーションサポート事業者は、その支払いに係る利用者に対し、代理受領により支払いを受けた旨の通知を速やかに行わなければならない。

(不正利得の徴収)

第 21 条 市長は、偽りその他不正の手段によりコミュニケーションサポート事業費の給付を受けた者

があるときは、その者から、そのコミュニケーションサポート事業費の額に相当する金額の全部又は一部を徴収することができる。

- 2 市長は、第 14 条に規定するコミュニケーションサポート事業者が、偽りその他不正の行為によりコミュニケーションサポート事業費の支給をうけたときは、当該事業者に対し、その支払った額につき返還させることができる。

(経 理)

第 22 条 コミュニケーションサポート事業者は、本事業の収支の経理状況にかかる書類を、他の事業にかかる経理状況と明確に区分して 5 年間保管しておかなければならない。

第 5 章 雑則

(その他)

第 23 条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、専管する課長が定める。

附則

(施行の期日)

第 1 条 この要綱は平成 20 年 10 月 1 日から施行する。

第 2 条 この要綱は平成 22 年 4 月 1 日から施行する。

附則

この要綱は平成 23 年 4 月 1 日から施行する。

附則

この要綱は平成 24 年 4 月 1 日から施行する。

附則

この要綱は平成 25 年 4 月 1 日から施行する。

附則

(施行期日)

第 1 条 この要綱は平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

第 2 条 この要綱の施行の日（以下「施行日」という。）において、この要綱による改正前の大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業実施要綱の第 7 条の規定による認定を受けている者については、同条第 4 項の有効期間においては、この要綱による改正後の大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業実施要綱（以下「改正後要綱」という。）第 3 条に規定する対象者としての認定を受けているものとみなす。

第 3 条 改正後要綱第 3 条第 3 号の規定は施行日以後に障がい支援区分の認定調査を受けた者について適用し、障がい程度区分による認定調査を受けた者については、なお従前の例による。

附則

この要綱は平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附則

この要綱は平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附則

(施行期日)

第 1 条 この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

第 2 条 この要綱の施行の日までに、改正前の大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業実施要綱の第 11 条第 1 項の規定による支給決定を受けた者については、当該支給決定の対応期間に限り、改正後の大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業実施要綱の第 4 条第 3 項、同条第 4 項及び第 5 条の規定にかかわらず、なお従前の例による。

附則

この要綱は平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附則

この要綱は平成 31 年 3 月 1 日から施行する。

附則

この要綱は令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附則

この要綱は令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業対象認定申請書

(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	受給者証番号									生年月日	年	月	日	
	フリガナ													
	氏名													
	居住地	〒 _____ 電話番号 _____												
フリガナ											生年月日	年	月	日
認定申請にかかる 児童氏名														

障がい福祉サービスの利用状況等 ※障がい福祉サービス受給者証の写しを添付することにより、記載の省略可。			
障がい支援区分の認定状況	区分 ()	有効期間	. . ~ . .
利用者負担上限月額	円	適用期間	. . ~ . .
障がい福祉サービスの利用状況			
<input type="checkbox"/> 居宅介護		支給期間	. . ~ . .
・ 身体介護		時間／月	・ 通院等介助(身体介護伴わない) 時間／月
・ 通院等介助(身体介護伴う)		時間／月	・ 通院等乗降介助 回／月
・ 家事援助		時間／月	
<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援		支給期間	. . ~ . .
・ 重度障がい者等包括支援(共同生活援助利用型)		単位／月	
・ 重度障がい者等包括支援		単位／月	
・ 居宅介護の利用内容 ()			
<input type="checkbox"/> その他の障がい福祉サービス			
・		／月	. . ~ . .
・		／月	. . ~ . .
・		／月	. . ~ . .

介護保険の利用状況			
要介護認定	有 ・ 無	要介護度	要支援 () 要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
利用中のサービスの種類と内容等			

代理申請時記入欄(◎)	届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	申請者との関係
		氏名			
	本人委任欄	居住地	電話番号 _____		
		私は、大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の利用にかかる認定申請を、上記の者に委任します。 (認定申請者) _____			

◎・・・本人が申請する場合は記入不要です。

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業対象認定通知書

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の支給にかかる対象認定について、次の通り認定しましたので通知します。

記

受給者証番号										
氏 名										

認 定 日	年 月 日
認 定 結 果	該 当 ・ 非 該 当
認 定 有 効 期 間	年 月 日 から 年 月 日
非該当の場合 その理由	

【注】

- 上記の認定結果及び認定有効期間は、申請日現在の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における障がい支援区分認定状況により認定を行なっております。したがって、認定の有効期間内であっても、状態の変化等による障がい支援区分の変更が生じた場合は、本事業の認定結果が変更となる場合もあります。
- この決定に不服があるときは、この決定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、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)
- また、この決定の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この決定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、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定があった日の翌日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業対象認定取消通知書

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日付けで認定を行なった大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の支給にかかる対象認定については、次の通り取消しを行ないましたので通知します。

記

受 給 者 証 番 号										
氏 名										

取 消 日	年 月 日
取 消 理 由	

【注】

1. 上記の取消理由となる状況に変更が生じた場合は、「大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業対象認定申請書(様式第1号)」により、再度申請をお願いします。
2. この決定に不服があるときは、この決定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、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)
3. また、この決定の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この決定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、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定があった日の翌日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業利用申請書

(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	受給者証番号								生年月日	年	月	日	
	フリガナ												
	氏名												
	居住地	〒 _____								電話番号 _____			
フリガナ										生年月日	年	月	日
利用申請にかかる 児童氏名													

障がい福祉サービスの利用状況等 ※障がい福祉サービス受給者証の写しを添付することにより、記載の省略可。																											
障がい支援区分の認定状況		区分 ()		有効期間		. . ~ . .																					
利用者負担上限月額		円		適用期間		. . ~ . .																					
障がい福祉サービスの利用状況																											
<input type="checkbox"/> 居宅介護 支給期間 . . ~ . .																											
<table><tr><td>・ 身体介護</td><td>時間／月</td><td>・ 通院等介助(身体介護伴わない)</td><td>時間／月</td></tr><tr><td>・ 通院等介助(身体介護伴う)</td><td>時間／月</td><td>・ 通院等乗降介助</td><td>回／月</td></tr><tr><td>・ 家事援助</td><td>時間／月</td><td colspan="2"></td></tr></table>										・ 身体介護	時間／月	・ 通院等介助(身体介護伴わない)	時間／月	・ 通院等介助(身体介護伴う)	時間／月	・ 通院等乗降介助	回／月	・ 家事援助	時間／月								
・ 身体介護	時間／月	・ 通院等介助(身体介護伴わない)	時間／月																								
・ 通院等介助(身体介護伴う)	時間／月	・ 通院等乗降介助	回／月																								
・ 家事援助	時間／月																										
<input type="checkbox"/> 重度障がい者等包括支援 支給期間 . . ~ . .																											
<table><tr><td>・ 重度障がい者等包括支援(共同生活援助利用型)</td><td>単位／月</td></tr><tr><td>・ 重度障がい者等包括支援</td><td>単位／月</td></tr><tr><td>・ 居宅介護の利用内容 ()</td><td></td></tr></table>										・ 重度障がい者等包括支援(共同生活援助利用型)	単位／月	・ 重度障がい者等包括支援	単位／月	・ 居宅介護の利用内容 ()													
・ 重度障がい者等包括支援(共同生活援助利用型)	単位／月																										
・ 重度障がい者等包括支援	単位／月																										
・ 居宅介護の利用内容 ()																											
〔上記のサービスにおける契約事業者名とその期間〕																											
<table><tr><td>事業者及びその事業所の名称</td><td>契約日</td><td>当該契約支給量によるサービス提供終了日</td></tr><tr><td></td><td>. .</td><td>. . ~ . .</td></tr><tr><td></td><td>. .</td><td>. . ~ . .</td></tr><tr><td></td><td>. .</td><td>. . ~ . .</td></tr><tr><td></td><td>. .</td><td>. . ~ . .</td></tr><tr><td></td><td>. .</td><td>. . ~ . .</td></tr></table>										事業者及びその事業所の名称	契約日	当該契約支給量によるサービス提供終了日	 ~ ~ ~ ~ ~ . .
事業者及びその事業所の名称	契約日	当該契約支給量によるサービス提供終了日																									
 ~ . .																									
 ~ . .																									
 ~ . .																									
 ~ . .																									
 ~ . .																									

申請する入院期間等 ※入院期間を証明する書類を添付すること。			
入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
入院する医療機関名		連絡先	

代理申請時記入欄 (◎)	届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	申請者との関係
		氏名			
		居住地		<input type="checkbox"/> 代行者	
	本人委任欄	私は、大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の利用にかかる申請を、上記の者に委任します。 (認定申請者) _____			

◎・・・本人が申請する場合は記入不要です。

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給決定通知書

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の利用については、次の通り決定しましたので通知します。

支給決定者	受給者証番号											生年月日	年 月 日
	フリガナ												
	氏 名												
	居 住 地	〒											
		電話番号											
フリガナ												生年月日	年 月 日
支給決定にかかる児童氏名													

支給決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用者負担	1割 ・ 0 円
対応可能事業者	

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業については、本通知書を上記に記載する対応可能事業所に提示し、契約行為を行なうことにより利用が可能となります。

- 【注】
1. この決定に不服があるときは、この決定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、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)
2. また、この決定の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この決定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、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定があった日の翌日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

【問い合わせ先】

大阪市 区保健福祉センター保健福祉課			
住 所	大阪市 区		
電 話 番 号		FAX 番 号	

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給申請却下通知書

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の利用については、次の通り却下しますので通知します。

申請者	受給者証番号										生年月日	年 月 日
	フリガナ											
	氏 名											
	居住地	〒										
		電話番号										
フリガナ											生年月日	年 月 日
利用申請にかかる 児童氏名												

却下理由

【注】
1. この決定に不服があるときは、この決定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、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)
2. また、この決定の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この決定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、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定があった日の翌日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

【問い合わせ先】

大阪市 区保健福祉センター保健福祉課			
住 所	大阪市 区		
電 話 番 号		FAX 番 号	

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給内容変更申請書

(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	受給者証番号	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>	生年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名			
	居住地	〒 _____ 電話番号 _____		
フリガナ			生年月日	年 月 日
申請にかかる児童氏名				

●現在の支給決定内容【変更前】

支給決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
利用者負担	利用者負担割合	1割	負担上限月額	円
対応可能事業者				

○変更を希望する内容【変更後】

<input type="checkbox"/> 支給決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
<input type="checkbox"/> 対応可能事業者	
変更を申請する理由	

代理申請時記入欄 (◎)	届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人	申請者との関係
		氏 名			
		居住地	電話番号 _____		
	本人委任欄	私は、大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の支給決定内容にかかる変更申請を、上記の者に委任します。 <div>(認定申請者) _____</div>			

◎・・・本人が申請する場合は記入不要です。

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給内容変更決定(却下)通知書

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の支給内容の変更について、次の通り決定しましたので通知します。

支給決定者	受給者証番号											生年月日	年 月 日
	フリガナ												
	氏 名												
	居住地	〒										電話番号	
フリガナ													生年月日
支給決定にかかる児童氏名													
決定内容		決定(下記に記載) ・ 却下											
<input type="checkbox"/> 支給決定期間		年 月 日 ~ 年 月 日											
<input type="checkbox"/> 対応可能事業者													
<input type="checkbox"/> 却下の場合 その理由													

【注】

1. この決定に不服があるときは、この決定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、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)
2. また、この決定の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この決定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、大阪市を被告として(訴訟において大阪市を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定があった日の翌日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

【問い合わせ先】

大阪市 区保健福祉センター保健福祉課			
住 所	大阪市 区		
電 話 番 号		FAX 番 号	

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業支給決定取消通知書

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日付けで決定を行なった大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の利用については、次の通り取り消しましたので通知します。

支給決定者	受給者証番号											生年月日	年 月 日
	フリガナ												
	氏 名												
	居 住 地	〒											
		電話番号											
フリガナ												生年月日	年 月 日
支給決定にかかる児童氏名													
取消年月日		年 月 日											
取消事由													

【注】
1. この決定に不服があるときは、この決定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、大阪市長に対して審査請求をすることができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、決定があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求することができなくなります。)
2. また、この決定の取消しを求める訴え(取消訴訟)は、この決定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、大阪市長を被告として(訴訟において大阪市長を代表する者は大阪市長となります。)提起することができます。(なお、決定があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、決定があった日の翌日から1年を経過すると決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。)

【問い合わせ先】

大阪市 区保健福祉センター保健福祉課			
住 所	大阪市 区		
電 話 番 号		FAX 番 号	

請 求 書

年 月 日

大阪市長 様

住 所
氏 名

次のとおり請求します。

金 額	円也
内 容	
支給決定者「」氏にかかる	
年度 大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業費	

※ 金額の前には必ず¥を付けてください。

☐ 債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債権者番号		指定口座	
-------	--	------	--

※ 指定口座は、A、B、C、D、Mよりご指定ください。

☐ 次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金融機関名称		支 店 名 称	
預 金 種 別		口 座 番 号	
フリガナ			
口 座 名 義			

本市記入欄

記載事項等照合先(契約番号等)		執行主管コード		支出命令番号	
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳 出	<input type="checkbox"/> 歳 入	<input type="checkbox"/> 歳計外	<input type="checkbox"/> 基 金	

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業費実績管理票

(様式第11号)

受給者証番号											支給決定障がい者等氏名 (障がい児氏名)		利用者負担上限月額	
利用決定期間											年 月 日 ～ 年 月 日			

●實績管理票明細

日付	曜日	(Ⅰ) サービス提供実績				(Ⅱ) Ⅰにかかる事業費			利用者 確認欄	備考
		対応事業所名	開始時間	終了時間	算定 時間数	①事業費記載欄	②利用者負担額欄	③請求額記載欄(①-②)		
						／ (累 計 額)	／ (累 計 額)	／ (累 計 額)		
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
			:	:						
合計						A —	B —	C —		

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業費実績管理票

(様式第11号)

●実績管理票【総括】

1. 請求金額

2. 事業所ごとの内訳

事業所名		①)事業費額	②)利用者負担額	③)請求額(①-②)
ア				
イ				
ウ				
エ				
オ				
合計				
		※管理票【実績内訳】 合計欄のAと一致すること	※管理票【実績内訳】 合計欄のBと一致すること	※管理票【実績内訳】 合計欄のC及び請求金額と一致すること

大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業にかかる

代理請求及び代理受領委任状

年 月 日

大阪市長 様

私は、 年 月 日付けで支給決定を受けた大阪市重度障がい者等入院時コミュニケーションサポート事業の利用にかかるコミュニケーションサポート事業費の請求と受領に関する権限について、次のとおり委任します。

委 任 者（決定を受けた方）

住所 _____

氏名 _____

上記の権限の委任をうけることを承諾します。

受 任 者（サービス提供事業者）

住所 _____

事業者名

代表者職氏名 _____

（お願い）

- ・決定を受けた方（委任者）へ

この委任状は、記入のうえ、サービス提供事業者にお渡してください。

- ・サービス提供事業者（受任者）の方へ

この委任状は、事業費を請求する際に必要となりますので、受任者の住所・氏名を記入のうえ、「請求書」「実績管理票」「サービス提供記録（写）」と併せて、大阪市福祉局障がい者施策部障がい支援課あて提出してください。