

大阪市重度障がい者等就業支援事業実施要綱

制 定 令和 2 年 8 月 1 日
改 正 令和 3 年 12 月 16 日

(趣旨)

第1条 この要綱は、重度障がい者等の日常生活に係る支援を就業中にも行うことで、障がいを理由として、働く意思と能力がありながら働くことのできない者に対する就労機会を拡大し、障がい者の社会参加を促進することを目的に実施する大阪市重度障がい者等就業支援事業（以下「本事業」という。）に要する費用（以下「就業支援費」という。）の支給等について必要な事項を定める。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

(1) 重度障がい者等

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。）第 5 条第 3 項に規定する重度訪問介護（以下「重度訪問介護」という。）または同条第 4 項に規定する同行援護（以下「同行援護」という。）若しくは同条第 5 項に規定する行動援護（以下「行動援護」という。）について、法第 19 条第 1 項に規定する支給決定を受けている者または障がい支援区分などの支給決定に係る対象者要件を満たすことが確認できる者をいう。

(2) 民間企業

障害者の雇用の促進等に関する法律第 49 条第 1 項にある助成金（以下「助成金」という。）の対象となる事業主をいう。なお、法第 5 条第 14 項に規定する就労継続支援を行う事業所は含まれない。

(3) 自営業者等

前号に規定する民間企業に雇用される者及び国家公務員、地方公務員、国会議員、地方議会議員等の公務部門で雇用される者その他これに準ずる者以外の者をいう。

(4) 指定重度訪問介護事業所等

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基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成 18 年厚生労働省告示第 523 号。以下「報酬告示」という。）第 2 の 1 の注 1 に定める指定重度訪問介護事業所、共生型重度訪問介護事業所、基準該当重度訪問介護事業所及び同報酬告示第 3 の 1 の注 1 に定める指定同行援護事業所、基準該当同行援護事業所並びに同報酬告示第 4 の 1 の注 1 に定める指定行動援護事業所、基準該

当行動援護事業所をいう。

(5) 就業支援

本事業における就業支援とは、報酬告示において、通勤、営業活動等の経済活動に係る外出として支給対象外となる部分について、通勤又は営業活動等の経済活動中に提供される支援であって、介助者が主体的に行う業務を除くものをいう。

(就業支援費の支給)

第3条 大阪市内に居住する重度障がい者等であって、次の各号のいずれかに該当する者が指定重度訪問介護事業所等に属する従業者（重度訪問介護または同行援護若しくは行動援護（以下「重度訪問介護等」という。）の従事者資格を有している者。）による就業支援を受けたときは、市長は、第17条に規定する手続により就業支援費を支給することができる。

- (1) 民間企業に雇用される者であって1週間の所定労働時間が10時間以上のもの（法第5条第14項に規定する就労継続支援の利用者を除く。）。なお、週所定労働時間が10時間に満たないものについても、当該年度末までに当該企業が10時間以上に引き上げることが関係者による支援計画書において確認できた場合には対象とすることができます。また、助成金の活用が困難な場合においても、本事業による支援の提供が無ければ就労の継続が困難であると市長が認めた場合も対象とすることができます。
- (2) 自営業者等であって、当該事業に従事することにより対象者の所得の向上が見込まれると市長が認めたもので、自営業等に従事する時間が1週間のうち10時間以上のもの
- 2 就業支援は、第1項に規定する就業支援費の支給を受ける者（以下「就業支援利用者」という。）1人に対して、1人又は2人の従事者から提供を受けた場合の支援とする。
- 3 就業支援は、指定重度訪問介護事業所等に属する従業者が行う就業中、就業に伴う移動中又は休憩時間中の日常生活に係る介助であり、従業者が主体的に行う業務（従業者に対し責任が問われることのない範疇の支援。）を除くものとする。なお、民間企業に雇用される者において、助成金を活用しても対象者の雇用継続に支障が残るものについては、第6条に定める事前協議より作成した支援計画書において認められる場合この限りではない。
- 4 就業支援は、支給決定を受けている法第5条に定める障害福祉サービスを行う指定重度訪問介護事業所等から提供を受けるものとする。
- 5 第1項の就業支援費の支給量は、第6条に定める事前協議により作成した支援計画書において認められた時間数とする。
- 6 第1項の就業支援の支給決定の有効期間は、当該支給決定日の属する年度の3月31日までの範囲内において市長が決定できるものとする。
- 7 第1項の就業支援費の額は、別表第1に定めるところにより算定した額（別表第1に定めるところにより算定した額が、現に当該就業支援に要した費用の

額を超えるときは、当該現に就業支援に要した費用の額)から、別表第2に規定する利用者負担額を控除して得た額とする。

- 8 就業支援利用者が指定重度訪問介護事業所等に属する従業者から就業支援を受けたときは、市長は、就業支援利用者が指定重度訪問介護事業者等に支払うべき当該就業支援に要した費用について、就業支援費として就業支援利用者に支給すべき額の限度において、就業支援利用者に代わり、指定重度訪問介護事業者等に支払うことができる。
- 9 前項の規定による支払があったときは、就業支援利用者に対し就業支援費の支給があったものとみなす。

(支給の申請)

第4条 就業支援費の支給を受けようとする第3条第1項に定める者(以下「申請者」という。)は、大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請書(様式第1号)に、次に掲げる書類を添えて市長に提出しなければならない。

- (1) 重度訪問介護等の利用に係る「障がい福祉サービス受給者証」(写)
- (2) 重度訪問介護等の利用に係る「サービス等利用計画書」(写)
- (3) (1)(2)に掲げる書類を提出できない場合にあっては、障がい支援区分などの重度訪問介護等の支給決定に係る対象者要件を満たすことが確認できるもの
- (4) 民間企業に雇用されていること又は自営業等により所得を得ていることが確認できるもの
- (5) その他市長が必要と認めるもの

2 市長は、必要に応じて、前項各号に掲げる書類の提出を省略させることができる。

(聴取りの実施)

第5条 市長は、前条第1項に規定する申請書の提出があったときは、支給の要否及びその内容を決定するため、申請者本人の心身の状況や就業の状況、重度訪問介護等の利用状況、就業支援の利用に関する意向等本事業に関する事項の聴取りを実施する。

(事前協議)

第6条 市長は、就業支援の内容と時間数について、民間企業に雇用される者に対する支給決定にあたっては申請者及び民間企業との三者で、自営業者等に対する支給決定にあたっては申請者との二者で、事前協議を行い、支援計画書(様式第2号または独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が助成金の申請のために定めた支援計画書)を作成するものとする。

(支給決定)

第7条 市長は、前条に規定する事前協議により作成した支援計画書に基づき、

その全部又は一部について支給決定を行うものとし、また、市長が支給決定を行う場合には、次の各号に掲げる事項について決定し、申請者に対し、大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定通知書（様式第3号）により通知するとともに、重度障がい者等就業支援受給者証（様式第4号）を交付するものとする。

- (1) 支給決定期間
- (2) 利用者負担
- (3) 利用可能時間
- (4) その他市長が必要と認める事項

2 市長は、前条に規定する事前協議の結果、申請書に係る就業支援費を支給することが不適当であると認める場合には、支給決定を行わないものとし、その旨を大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請却下通知書（様式第5号）により申請者に通知するものとする。

3 市長は、支給申請にかかる提出書類及び聴取りにより、第3条第1項に規定する対象者に該当しないと認める場合には、前条に規定する事前協議を行わず却下決定を行うものとし、却下決定を行う場合は、その旨を大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請却下通知書（様式第5号）により申請者に通知するものとする。

（支給決定の変更）

第8条 支給決定の変更を希望する就業支援利用者（以下「変更申請者」という。）は、大阪市重度障がい者等就業支援費支給内容変更申請書（様式第6号）を、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の変更申請書の提出を受け、第5条に規定する事項を勘案した上で、変更の必要があると認めるときは、第6条に規定する事前協議を再度行うものとする。

3 市長は、事前協議の結果、支給決定内容の変更を行うことが適当であると決定した場合には、市長は支給内容の変更決定を行うものとし、変更申請者に対し、前条第1項に定める事項を記載した大阪市重度障がい者等就業支援費支給内容変更決定（却下）通知書（様式第7号）により通知するものとする。

4 市長は、事前協議の結果、支給決定内容の変更を行うことが不適当であると決定した場合には、市長は支給内容の変更を行わないものとし、変更申請者に対して、大阪市重度障がい者等就業支援費支給内容変更決定（却下）通知書（様式第7号）により通知するものとする。

（支給決定の取消し）

第9条 市長は、就業支援利用者が次の各号に該当するときは支給決定を取り消さなければならない。

- (1) 本事業の利用を辞退したとき
- (2) 就業支援利用者が死亡又は市外へ転出したとき
- (3) 就業支援利用者が不正又は虚偽の申請により支給の決定を受けたとき

(4) その他市長が本事業の利用を不適当であると認めたとき

2 前項の規定により支給決定を取り消したときは、市長は、就業支援利用者に對し、大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定取消通知書（様式第8号）により通知するものとする。

(居住地の変更等の届出)

第10条 就業支援利用者が居住地の変更等を行ったときは、大阪市重度障がい者等就業支援費氏名変更・転居届（様式第9号）により届け出なければならぬ。

(受給者証の再交付)

第11条 第7条第1項に規定する受給者証の再交付申請は、大阪市重度障がい者等就業支援費受給者証再交付申請書（様式第10号）により行うものとする。

(重度障がい者等就業支援事業者の要件)

第12条 重度障がい者等就業支援事業は、指定重度訪問介護事業者等が行うこととする。

(重度障がい者等就業支援事業者の責務)

第13条 指定重度訪問介護事業所等に属する従業者は、就業支援を行った場合は、その都度、サービス提供実績記録票（様式第11号）に必要事項を記載し、利用者の確認を得なければならない。また、その書類と大阪市重度障がい者等就業支援費明細書（様式第12号）を5年間保管しておかなければならない。

2 就業支援を行う指定重度訪問介護事業者等は、就業支援利用者の心身の状況及びその置かれている環境に応じて、通勤又は営業活動等の経済活動中に実施される日常生活に係る介助並びに介助等に関する相談及び助言その他の援助を適切かつ効果的に行わなければならない。

(調査及び指導監査等)

第14条 市長は、必要に応じ、就業支援を行う指定重度訪問介護事業者等に対し、就業支援費の請求に関する事項及び本事業の対象となる就業支援の内容その他必要と認める事項について調査及び指導監査を行い、適正な事業実施を図るものとする。

2 市長は、本事業の実施に当たり必要があると認めるときは、就業支援利用者、就業支援利用者の配偶者若しくは就業支援利用者の属する世帯の世帯主その他その世帯に属する者又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、又は職員に質問させることができる。

3 市長は、本事業の実施に当たり必要があると認めるときは、指定重度訪問介護事業所等及び民間企業等に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、又は職員に質問させることができる。

- 4 市長は、本事業の実施に当たり必要があると認めるときは、就業支援利用者の就業先の従業者等、就業実態を把握しうる立場にある関係者に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、又は職員に質問させることができる。
- 5 指定重度訪問介護事業者等は、市長が定期又は隨時に行う調査及び指導監査に協力しなければならない。
- 6 第2項から第4項までに規定する調査又は指導監査等を行うときは、職員は、身分証明書を携帯するものとし、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。

(利用者負担額の受領)

第15条 指定重度訪問介護事業者等は、その実施した就業支援について、就業支援費の支給を受ける場合は、就業支援利用者から第3条第7項の規定により算定した利用者負担額の支払を受けるものとする。

(領収証の交付)

第16条 指定重度訪問介護事業者等は、前条の規定により利用者負担額の支払を行った就業支援利用者に対し、領収証を交付しなければならない。

(就業支援費の請求及び支払)

第17条 指定重度訪問介護事業者等は、第3条第8項の規定による支払を受けようとする際は、次の各号に掲げる書類を当該重度障がい者等就業支援サービス提供の翌月10日までに提出しなければならない。

- (1) 大阪市重度障がい者等就業支援費明細書（様式第12号）
- (2) 請求書（様式第13号）
- (3) サービス提供実績記録票（様式第11号）

- 2 市長は、指定重度訪問介護事業者等より前項の請求があったときは、第3条第7項の規定に基づき就業支援費の額を算定し、支払うものとする。
- 3 前項の規定による支払を受けた指定重度訪問介護事業者等は、その支払に係る就業支援利用者に対し、第3条第8項の規定により支払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18条 市長は、法第8条第1項の規定に準じ、偽りその他不正の手段により就業支援費の支給を受けた者があるときは、就業支援利用者の支給決定の全部又は一部の支給決定を取り消すことができ、その者から、その就業支援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、法第8条第2項の規定に準じ、指定重度訪問介護事業者等が、偽りその他不正の行為により就業支援費の支給を受けた者があるときは、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。

(その他)

第 19 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、福祉局障がい者施策部障がい支援課長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和 2 年 8 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 12 月 16 日から施行し、令和 3 年 4 月 1 日から適用する。

なお、改正前の要綱に基づく就業支援に関する事項については、改正前の要綱の規定を適用する。

【別表第1】（第3条関係）

1 重度訪問介護等の支給決定受けているまたは重度訪問介護の支給決定に係る要件を満たす者

(1) 障がい支援区分6に該当する者の場合

① 通勤に係る支援以外	支援時間×2,700円
② 通勤に係る支援	支援時間×2,800円
③ 喀痰吸引を必要とする者	上記①に該当する場合 支援時間×2,800円
	上記②に該当する場合 支援時間×2,900円
④ 2人介護を必要とする者	① 又は②又は③に2を乗じる

(2) 障がい支援区分4又は5に該当する者の場合

① 通勤に係る支援以外	支援時間×2,500円
② 通勤に係る支援	支援時間×2,600円
③ 喀痰吸引を必要とする者	上記①に該当する場合 支援時間×2,600円
	上記②に該当する場合 支援時間×2,700円
④ 2人介護を必要とする者	① 又は②又は③に2を乗じる

2 同行援護の支給決定受けているまたは同行援護の支給決定に係る要件を満たす者

① 障がい支援区分3以上に該当する者の場合	支援時間×2,600円
② 障がい支援区分2以下または区分なしに該当する者の場合	支援時間×2,200円
③ 盲ろう者の場合	上記①に該当する場合 支援時間×3,000円
	上記②に該当する場合 支援時間×2,600円

3 行動援護の支給決定受けているまたは行動援護の利用に係る要件を満たす者

	支援時間×4,000円
--	-------------

【別表第2】（第3条及び第12条関係）

区分	利用者負担額
(ア) 下記（イ）又は（ウ）以外	サービス提供に要した費用の 1割 <u>ただし月額3,000円を上限とする</u>
(イ) 支給対象者及びその世帯員（支給対象者が18歳以上の場合は、その配偶者に限る。）のいずれも当該年度分（4月から6月までの申請にあっては、前年度分）の市町村民税が非課税である場合	0円
(ウ) 支給対象者が生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている場合	0円

大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請書

(提出先) 大阪市長

次のとおり申請します。なお、利用者負担額を決定するために必要な場合、所得等の状況等について、調査することに同意します。

申請年月日： 年 月 日

申請者	フリガナ		障がい福祉サービス受給者番号	
	氏名		生年月日	T S H 年 月 日
	居住地	〒 電話番号		

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	. . ~ . .
重度訪問介護の利用状況			
支給決定時間	月	時間	(うち移動加算:月 時間)
支給決定期間	年 月 日	~	年 月 日

申請内容	<input type="checkbox"/> 大阪市重度障がい者等就業支援事業（別紙「 支援 計画表」のとおり）
------	---

利用者負担	<input type="checkbox"/> 下記の区分の適用を申請します。 (当てはまるものに○をつけ、いずれにも当てはまらない場合は空欄としてください。)	
	1 生活保護受給世帯又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を受けている世帯。 2 市町村民税非課税世帯に属する者	

就労状況			
届出者	会社名		
	会社住所	会社電話番号	

代理申請時記入欄 (○) 本人委任欄	フリガナ		□ 代理人 □ 代行者	申請者との関係
	氏名			
	居住地	電話番号		
私は、重度障がい者等就業支援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。

支援計画書

利用する助成金等(該当する助成金等の□にレ点を入れます。)

- 重度訪問介護サービス利用者等職場介助助成金 大阪市重度障がい者等就業支援事業
- 重度訪問介護サービス利用者等通勤援助助成金

(1) 支援を利用する対象者

(フリガナ)	住所		
氏名	〒 -		
就業形態	民間企業等で雇用 ・ 自営業等に従事 (どちらかに○)	就業開始(予定)年月日	年 月 日
主たる障がいの種類	身体 ・ 知的 ・ 精神 (級・度)	障がい状況	
障がい福祉サービス	重度訪問介護 ・ 同行援護 ・ 行動援護	支給決定市町村	
サービス提供事業所		特定相談支援事業所	
支援が必要な介助等			

(2) 職場環境等

フリガナ	フリガナ		
事業所名	所在地		
所定労働日	月 / 火 / 水 / 木 / 金 / 土 / 日 / 不定期(週 日勤務)	所定労働時間	
勤務場所	自宅内 / 会社内 / 自宅と会社両方 / その他()	休憩時間	
業務内容	パソコン等を使ったデスクワーク / 軽作業等の労務 / その他		
業務内容詳細			
必要な機器等			
通勤の有無	有 ・ 無 (毎日 ・ 週 回 ・ 月 回)	経路	
勤務時間中の移動	職場内の移動 有 ・ 無 職場外の移動 有 ・ 無	所要時間(片道) 分	
執務環境(会社内)	車いすトイレ 有 / 無 ・ 手すり 有 / 無 ・ エレベーター 有 / 無 ・ 入口から執務スペースまでの段差 有 / 無		
休憩スペース 有 / 無 ・ 移動範囲内の障害物 有 / 無 ・ 視覚障害者用誘導用ブロック 有 / 無 ・ 支援者等の部外者の執務同席 可 / 不可			
執務環境(自宅・その他)			
コミュニケーションの手段	直接口頭 / 電話 / メール / 手話 / 筆談 / 点字資料 / 音声ソフト活用 / TV電話 / その他()		
雇用管理上の担当者名	安全衛生面の担当者名		
職業生活面の担当者名	その他担当者名		
その他、可能な合理的配慮の取組			

(3) 必要な支援内容

職場 介助	対象者の標準的な業務の流れと、勤務に対応した職場介助者の介助内容																						
	時刻の目安	業務内容	介助内容	(A) 業務介助等時間の目安	(B) その他必要な支援時間の目安																		
始業 (:)																							
終業 (:)																							
					(A) 業務支援にかかる 合計時間 (1日) 分程度																		
<p>(B) その他必要な支援</p> <p>具体的に介助が必要な場面</p> <table> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/>見守り</td> <td>有 / 無</td> <td><input type="radio"/> 姿勢の調整</td> <td>有 / 無</td> <td><input type="radio"/> 咳痰吸引</td> <td>有 / 無</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/>トイレ介助</td> <td>有 / 無</td> <td><input type="radio"/> 給水</td> <td>有 / 無</td> <td><input type="radio"/> 体位交換</td> <td>有 / 無</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/>食事介助</td> <td>有 / 無</td> <td><input type="radio"/> 衣服着脱</td> <td>有 / 無</td> <td><input type="radio"/></td> <td>有 / 無</td> </tr> </tbody> </table> <p>(B) その他必要な支援に係る 合計時間 (1日) 分程度</p>						<input type="radio"/> 見守り	有 / 無	<input type="radio"/> 姿勢の調整	有 / 無	<input type="radio"/> 咳痰吸引	有 / 無	<input type="radio"/> トイレ介助	有 / 無	<input type="radio"/> 給水	有 / 無	<input type="radio"/> 体位交換	有 / 無	<input type="radio"/> 食事介助	有 / 無	<input type="radio"/> 衣服着脱	有 / 無	<input type="radio"/>	有 / 無
<input type="radio"/> 見守り	有 / 無	<input type="radio"/> 姿勢の調整	有 / 無	<input type="radio"/> 咳痰吸引	有 / 無																		
<input type="radio"/> トイレ介助	有 / 無	<input type="radio"/> 給水	有 / 無	<input type="radio"/> 体位交換	有 / 無																		
<input type="radio"/> 食事介助	有 / 無	<input type="radio"/> 衣服着脱	有 / 無	<input type="radio"/>	有 / 無																		
<p>(A) + (B) (注: 所定労働時間を超えない範囲で記載)</p> <p>合計時間 (1日) 分程度</p>																							
(支援対象障害者の週所定労働時間が10時間未満(予定)の場合) 年度末までの所定労働時間引き上げ計画																							

大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定通知書

第 号
年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等就業支援事業の利用については、次のとおり決定しました。
ので通知します。

支給決定者	フ リ ガ ナ		障がい福祉サービス受給者証番号				
	氏 名			生 年 月 日 T S H 年 月 日			
	居 住 地	〒					
支給決定日			年 月 日				
支給決定期間			年 月 日	～	年 月 日		
利用者負担	1割 (負担上限月額3,000円)		・	負担なし			
利用可能時間							
特記事項							

大阪市重度障がい者就業支援事業については、本通知書及び大阪市重度障がい者就業支援受給者証を指定重度訪問介護事業所に提示し、契約行為を行うことにより利用が可能となります。

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住 所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電 話 番 号	06-6208-7986	FAX 番 号	06-6202-6962

(一)			(二)			
大阪市重度障がい者等就業支援受給者証			支 給 決 定 の 内 容			
受給者番号			就業支援	支給決定期間	年 月 日～ 年 月 日	
支 給 決 定 障 が い 者 等	居住地			利用可能時間		
	フリガナ					
	氏名					
	生年月日	年 月 日		利用料金	1 時間あたり	円
障がい種別						
交付年月日						
支給市町村 及び印						
特記事項欄						
予備欄						

	(三)	事業者記入欄	(四)
契約内容	事業者及び その事業所の 名称		注意事項欄
	契約支給量		1 この証は、各面をよく読んで大切に持っていてください。
	契約日	年 月 日	2 大阪市重度障がい者等就業支援を受けようとするときは必ずこの証を事業所に提示してください。
	当該契約支給量に によるサービス提供 終了日	年 月 日	3 この証に記載の支給決定期間を経過したときは、大阪市重度障がい者等就業支援の支 給を受けられません。
	サービス提供終了 月の終了日までの 既提供量		4 この証の一面の記載事項に変更があったときは、14日以内にこの証を添えて、大阪市 福祉局障がい者施策部障がい支援課にその旨を届け出してください。
契約内容	事業者記入欄		5 この証を破損したり、汚したり又は紛失したときは、速やかに大阪市福祉局障がい者 施策部障がい支援課に届け出て再交付を受けてください。また、再交付を受けた後、 紛失したこの証を発見したときは、速やかに、大阪市福祉局障がい者施策部障がい支 援課に返してください。
	事業者及び その事業所の 名称		6 受給者証の資格がなくなったときは、直ちに、この証を大阪市福祉局障がい者施策部 障がい支援課に返してください。
	契約支給量		7 不正にこの証を使用した者は、関係法令により処罰されることがあります。
	契約日	年 月 日	
	当該契約支給量に によるサービス提供 終了日	年 月 日	
サービス提供終了 月の終了日までの 既提供量			

大阪市重度障がい者等就業支援費支給申請却下通知書

第 年 月 号
日

(申請者) _____ 様

大阪市長

年 月 日付けで申請のあった大阪市重度障がい者等就業支援事業の利用については、次のとおり却下することに決定しましたので通知します。

申請者	フ リ ガ ナ		障がい福祉サービス受給者証番号	
	氏 名			生 年 月 日 T S H 年 月 日
	居 住 地	〒		

却下理由

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住 所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電 話 番 号	06-6208-7986	FAX 番 号	06-6202-6962

大阪市重度障がい者等就業支援費支給内容変更申請書

(提出先) 大阪市長

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		障がい福祉サービス受給者番号	
	氏名		生年月日	T S H 年 月 日
	居住地	〒 電話番号		

●現在の支給決定内容【変更前】

支給決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用可能時間	
利用者負担割合	1割 (負担上限月額3,000円) • 負担なし

○変更を希望する内容【変更後】

支給決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
利用可能時間	
利用者負担割合	1割 (負担上限月額3,000円) • 負担なし
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 <input type="checkbox"/> 代行者	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就業支援事業の支給決定内容に係る変更申請を、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就業支費支給内容変更決定(却下)通知書

第
年
月
日

(申請者) _____ 様

大阪市長

令和 年 月 日付けで申請のあつた大阪市重度障がい者等就業支援事業の支給内容の変更について、次のとおり決定しましたので通知します。

支給決定者	フリガナ		障がい福祉サービス受給者証番号	
	氏名			生年月日 T S H 年 月 日
	居住地	〒		電話番号

決定内容	決定(下記に記載) · 却下
□ 支給決定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
□ 支給決定時間	
□ 利用者負担割合	1割 (負担上限月額3,000円) · 負担なし
□ 却下の場合 その理由	

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電話番号	06-6208-7986	FAX番号	06-6206-6962

大阪市重度障がい者等就業支援費支給決定取消通知書

年 月 日

(申請者) _____ 様

大阪市長

年 月 日付けで決定を行った大阪市重度障がい者等就業支援事業の利用については、次のとおり取り消しましたので通知します。

支 給 決 定 者	フ リ ガ ナ		障がい福祉サービス 受給者番号	
	氏 名			生 年 月 日
	居 住 地	〒		電話番号

取消年月日	年 月 日
取消事由	

【問い合わせ先】

大阪市役所 福祉局 障がい者施策部 障がい支援課			
住 所	大阪市北区中之島1丁目3-20 6階		
電 話 番 号	06-6208-7986	FAX 番 号	06-6202-6962

大阪市重度障がい者等就業支援費氏名変更・転居届

大阪市長

次のとおり届け出ます。

届出年月日

年 月 日

支 給 決 定 障 が い 者	受給者番号		異動年月日	年 月 日
	フリガナ			
	氏 名			
	個人番号			
居 住 地	〒	電話番号 ()		
届出事由 □をチェックし、以下の「異動内容」欄にその内容を記入してください。	<input type="checkbox"/> 氏名変更 <input type="checkbox"/> 市内転居			
異動の内容	フ リ ガ ナ			
	新 氏 名			
	転居後の居住地 または住所	〒		
	電 話 番 号	— —		

届 出 者	フ リ ガ ナ		<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> 代行者
	氏 名		申請者との関係	
	住 所	〒	電話番号 ()	

大阪市重度障がい者等就業支援費受給者証再交付申請書

大阪市長 様

年 月 日

フリガナ		障がい福祉サービス 受給者証番号	
氏名		生年月日	年 月 日
住所	〒	電話番号	

申請書提出者	<input type="checkbox"/> 申請者本人 <input type="checkbox"/> 申請者本人以外(下の欄に記入)		
フリガナ			
氏名		本人との関係	
住所		電話番号	

申請の理由 (当てはまる番号を○で囲む)	1 汚損 2 紛失 3 その他
	(具体的な状況)

※従前使用していた受給者証を添付すること（紛失を除く。）

令和 年 月分

大阪市重度障がい者等就業支援事業 サービス提供実績記録票（重度訪問介護支給決定者用）

受給者証番号		支給決定障がい者氏名		事業所番号	
				事業者及び その事業所	
契約支給量					

令和 年 月分 大阪市重度障がい者等就業支援事業 サービス提供実績記録票 (同行援護支給決定者用)

令和 年 月分 大阪市重度障がい者等就業支援事業 サービス提供実績記録票 (行動援護支給決定者用)

受給者証番号		支給決定障がい者氏名		事業所番号	
				事業者及び その事業所	
契約支給量					

(様式第12号)

大阪市重度障がい者等就業支援費等明細書

令和 年 月 分

受給者証番号		指定事業所番号	
支給決定障がい者 氏名		請求事業者	事業者及び その事業所 の名称

利用者負担上限月額

請求額 集計欄	サービス利用日数		日				
	③総費用額(合計)						円
	④利用者負担額(合計)						円
	⑤請求額(合計)						円

枚中 枚目

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「 」氏に係る	
年度 月分 大阪市重度障がい者等就業支援事業費	

※ 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	
-------	---	------	---

 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

局出納員・区会計 管理者確認印	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
				
請求書等 確認者認印				
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就業支援事業にかかる

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就業支援事業の利用に係る大阪市重度障がい者等就業支援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受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、記入の上、サービス提供事業者にお渡しください。
- ・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・氏名を記入の上、「請求書」「明細書」「サービス提供実績記録（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。