

制 定 平成8年9月1日
最近改正 令和3年4月1日

大阪市重症心身障がい者通所施設交通費支給要領

(目的)

第1条 この要領は、大阪市重症心身障がい者通所施設通所用バス運行費補助金の交付を受けた施設（以下、「施設」という。）に通う重症心身障がい者のうち、本人の障がい状況等により通所用バスによる通所が困難である利用者が保護者等による送迎により施設通所を行う場合に、その保護者等に対して、その交通費を支給することについて、必要な事項を定め、当該保護者等の交通費経費の負担解消を図ることを目的とする。

(対象)

第2条 この要領に定める対象者は、施設への通所手段として、日々、保護者等の自家用車を利用する場合に、その保護者等に対して、通所に要する交通費を支給するものである。

(支給額等)

第3条 この支給額は、通所用バスによる通所及び公共交通機関により通所することが困難で自家用車等による通所が特に必要であると市長が認めた場合には、自宅から施設までの最短距離にかかる自動車燃料費に要した費用（別表のとおり）とする。ただし、障がい者訓練等通所交通費支給要綱に基づく交通費を支給される場合には、本支給の対象とはしない。

- 2 通所者が、その月において一日も通所しなかった場合は支給しない。
- 3 月の途中から通所した場合は、その翌月から支給する。ただし、その日が月の初日の場合はその月分から支給する。
- 4 月の途中において、転居等により、交通費支給額に変更を生じる場合は、当該月は、なお従前の単価で支給する。
- 5 退所、又は受給者の辞退等が発生した時は、その日の属する月の翌月から支給を停止する。

(申請等)

第4条 この支給を受けようとする者は、当該通所者又はその保護者等が年度当初（年度途中における利用についてはその都度）に、「重症心身障がい

者通所施設交通費支給申請書（自動車燃料費）」（様式第1号）と「通所証明書（様式第2号）」を添付のうえ、施設長経由大阪市長に申請をしなければならない。

- 2 通所者が年度途中に第2条に定める支給要件に該当したとき、又は転居等により交通費支給額が変更を生じるときは、その都度、前項による申請をしなければならない。
- 3 市長は、この申請書を審査するうえ適當と認めたときは、扶助費の支給を決定し、「重症心身障がい者通所施設交通費支給決定通知書（様式第3号）」により、当該施設長を経由して申請者に通知する。

（支給方法）

第5条 市長は、次の方法により支給する。

- (1) 障がい者又はその保護者等は、この扶助費の支給にかかる手続きを施設長に委任するものとする。
- (2) 施設長は、決定通知書に基づき、「重症心身障がい者通所施設交通費請求書（自動車燃料費）」（様式第4号）を毎翌月10日までに市長に提出するものとする。
- (3) 市長は、前号の請求に基づき、毎翌月にこの扶助費を支給する。
- (4) この扶助費を受領した施設長は、ただちに障がい者又はその保護者に対して「重症心身障がい者通所施設交通費支給明細書（様式第5号）」に受領印を徴したうえ交付する。

（申請及び支給方法の特例）

第6条 前二条による申請及び支給方法によりがたい場合は、別に定めるところにより、障がい者又はその保護者が直接市長に申請するものとする。

（返還）

第7条 市長は、この要領に違反して支給を受けた者に対して、ただちに支給を停止し、またはすでに支給した金額について返還を求めることができる。

（調査報告）

第8条 市長は、施設長に対して、支給の執行状況等について、必要な書類、帳票等を調査し、報告を求めることができる。

附 則

この要領は、平成 8 年 9 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 9 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 22 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 22 年 10 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 25 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、平成 31 年 3 月 1 日から適用する。

附 則

この要領は、令和 3 年 4 月 1 日から適用する。

別 表

自宅から施設までの最短距離（片道）	月利用日数が 10 日未満 支給額（月額）	月利用日数が 10～15 日 支給額（月額）	月利用日数が 16 日以上 支給額（月額）
片道 5 km 未満	1,100 円	1,650 円	2,200 円
片道 5～10 km	2,300 円	3,450 円	4,600 円
片道 10 km 以上	3,500 円	5,250 円	7,000 円

(様式第1号)

当初		新規途中										変更(転居・経路変更・単価変更)											
事業者番号												受給者番号											

重症心身障がい者通所施設交通費支給申請書(自動車燃料費)

年　月　日

大阪市長様

施設名		
通所開始年月日		年　月　日
申請者	住　所	
	氏　名	
	通所者との続柄	本人・(　　)

施設への通所に際し、裏面の理由により通所用バス及び公共交通機関により通所することが困難で、自家用車等により通所していますので、下記のとおり通所交通費を扶助していただくよう、交通費の支給(自動車燃料費)を申請します。

・自家用車による通所を開始した年月日　_____年　月　日

・自宅から施設までの最短距離(片道)　_____km

・申請額　　月利用日数10日未満　　月額_____円

　　月利用日数10～15日　　月額_____円

　　月利用日数16日以上　　月額_____円

委任状

本件交通費扶助にかかる請求及び受領に関するすべての権限は、通所する施設の長に委任します。

年　月　日

申請者氏名

重症心身障がい者通所施設交通費支給申請書
(自動車燃料費)にかかる理由書

通所用バス及び公共交通機関により通所することが困難で、自家用車等により通所する理由について、次のとおり申し出ます。

(例 1)

本人は重症心身障がい者で、車いすを利用していますが、一人で移動することができず、公共交通機関での通所ができません。

また、通所用バスでの送迎となると、バスルートにもよりますが時間を要し本人への負担が大きくなります。

本人の体力面や精神面から見ても保護者により送迎することが適切であると考えています。

以上の理由により交通費（燃料費）の支給をお願いします。

申請者氏名

(例 2)

本人は重症心身障がい者で、車いすを利用していますが、一人で移動することができず、公共交通機関での通所ができません。

また、通所用バスでの送迎となると、バスルートにもよりますが時間を要し本人への負担が大きくなります。

保護者により送迎することで、保護者と本人との時間が少しでも多く持てるようになります。

以上の理由により交通費（燃料費）の支給をお願いします。

申請者氏名

(例 3)

本人は重症心身障がい者で、車いすを利用していますが、一人で移動することができず、公共交通機関での通所ができません。

通所用バスでの送迎となると、障がいの特性により本人への負担が大きくなります。

また、保護者が送迎することで、保護者と本人との時間が少しでも多く持てるようになります。

以上の理由により交通費（燃料費）の支給をお願いします。

申請者氏名

(様式第2号)

通 所 証 明 書

年 月 日

大 阪 市 長 様

所 在 地

施 設 名

代表者職氏名

下記の者は、当施設への通所に際し、公共交通機関の利用が困難であるため、自家用車等を利用していることを証明します。

	受給者番号		住所	通所距離	利用開始年月日	備考
	通所者氏名				申請金額(月額)円	
1				片道 km	年 月 日	
					円	
2				片道 km	年 月 日	
					円	
3				片道 km	年 月 日	
					円	
4				片道 km	年 月 日	
					円	
5				片道 km	年 月 日	
					円	
6				片道 km	年 月 日	
					円	
7				片道 km	年 月 日	
					円	
8				片道 km	年 月 日	
					円	
9				片道 km	年 月 日	
					円	
10				片道 km	年 月 日	
					円	

(様式第3号)

第 号

年 月 日

重症心身障がい者通所施設交通費支給決定通知書

様

大阪市長

年度重症心身障がい者通所施設交通費の扶助について、次のとおり支給することに決定したので通知します。

1・支給期間

年 月 日から 年 月 日まで

(なお、退所された場合、その他支給を要しなくなった場合は、
その日の帰属する翌月から支給を停止する。)

2・金額

月利用日数 10日未満 円

月利用日数 10～15日 円

月利用日数 16日以上 円

(様式第4号)

年 月 日

重症心身障がい者通所施設交通費請求書

大阪市長様

所在地

施設名

代表者

(事業者番号)

下記のとおり 年 月分通所施設交通費を請求します。

金 円

	受給者番号							通所者氏名	金額	通所日数
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
合計										

(様式第5号)

年 月 日

重症心身障がい者通所施設交通費支給明細書

施設名												
事業者番号												
初日在籍者数	名											

年 月分

No.	受給者番号							通所者氏名	支給金額	受領確認欄		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
合計												