

制 定 平成 18 年 3 月 1 日  
最近改正 令和 6 年 12 月 23 日

## 障がい児入所施設等 重度重複障がい児加算費支給要綱

### ( 目 的 )

第 1 条 この要綱は、重度重複の障がいがある入所児童等に対し、よりきめ細かな支援が行えるよう、施設のニーズに応じた一層の支援体制の充実を図り、もって、障がい児の福祉の増進を図ることを目的とする。

### (対象児童等)

第 2 条 本加算費の対象となる児童等は、次に定めるとおりとする。

「障害児入所給付費等国庫負担金及び障害児入所医療費等国庫負担金について」（令和 5 年 6 月 30 日こ支障第 13 号厚生事務次官通知）の別紙「障害児入所給付費等国庫負担金及び障害児入所医療費等国庫負担金交付要綱（以下「交付要綱」という。）」の別表 2 に定める重度障がい児支援加算費の対象児童等であって、以下の（1）又は（2）に該当する児童等。

なお、加算費の認定にあたり、専門的な知見が必要と認められる場合には、大阪市児童相談所条例（昭和 39 年大阪市条例第 35 号）第 1 条に規定することも相談センターが認定した児童等。

- (1) 福祉型障がい児入所施設又は医療型障がい児入所施設（主として肢体不自由児を入所させる医療型障がい児入所施設を除く。）に入所する児童等であって、視覚障がい、聴覚若しくは平衡機能の障がい、音声機能、言語機能若しくはそしゃく機能の障がい、肢体不自由、内部障がい（心臓、じん臓、呼吸器、ぼうこう、直腸若しくは小腸の機能の障がい又はヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障がいを含む。）、知的障がい又は精神障がい（知的障がいを除く。）のうち 3 以上の障がいを有する児童等であること。
- (2) 主として肢体不自由児を入所させる医療型障がい児入所施設に入所する児童等であって、視覚障がい等のうち 2 以上の障がいを有する児童等であること。

### (用語の定義)

第 3 条 同条第 2 号において「児童等」とは、18 歳未満児及び在所期間の延長による 22 歳までの者とする。

(適用期間)

第4条 本加算費の適用については、対象となる児童等が入所する期間とする。

(支給額)

第5条 本加算費の1人あたり月額支給額は、交付要綱別表2の(2)生活諸費「エ 重度重複障害児加算費」に掲げる額とする。

(支給方法等)

第6条 本加算費は、毎月初日現在において対象となる児童等の在籍者数に応じて、措置費として施設へ支給する。

(申請)

第7条 本加算費の対象となる児童等の申請・決定については、次の区分により当該各号に定めるとおりとする。

- (1) 本加算費の対象となる児童等が入所する施設にあつては、必要書類を添えて「障がい児入所施設等 重度重複障がい児加算費支給申請書(様式第1号)」により加算の申請を行うものとする。
- (2) 当該施設から加算の申請があつた場合は、内容審査のうえ、「障がい児入所施設等 重度重複障がい児加算費支給決定通知書(様式第2号)」により決定通知を行うものとする。

(加算費の用途)

第8条 本加算費は、重度重複障がい児を支援するために加算する経費であることから、その目的に従って支出するものとする。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は福祉局長が定める。

附 則

この要綱は平成17年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は平成24年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は平成25年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は平成 26 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は平成 28 年 2 月 5 日から施行し、平成 27 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は平成 28 年 10 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 4 年 4 月 13 日から施行し、令和 3 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は令和 6 年 3 月 1 日から施行し、令和 5 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は令和 6 年 12 月 23 日から施行する。

### 障がい児入所施設等 重度重複障がい児加算費支給申請書

大阪市長 様

(所在地)  
(施設名)  
(施設長)

次のとおり申請します。

加算対象児童	氏 名	
	生 年 月 日	年 月 日生 (満 才)
	施設入所年月日	年 月 日
	障がい種別 (該当項目に○印またはチェック記入)	
<p>身体障がい</p> <p>1. 肢体不自由児                      2. 視覚障がい                      3. 聴覚・平行機能障がい</p> <p>4. 音声・言語・そしゃく機能障がい                      5. 内部障がい</p> <p><input type="checkbox"/> 身体障がい者手帳あり (写し添付)</p> <p><input type="checkbox"/> 現在手帳申請中 (                      年                      月                      日申請)</p> <p><input type="checkbox"/> 所持していないので、医師の診断書等を添付</p> <p>知的障がい</p> <p><input type="checkbox"/> 療育手帳あり (写し添付)</p> <p><input type="checkbox"/> 現在手帳申請中 (                      年                      月                      日申請)</p> <p><input type="checkbox"/> 所持していないので、医師の診断書等を添付</p> <p>精神障がい</p> <p><input type="checkbox"/> 精神障がい者保健福祉手帳あり (写し添付)</p> <p><input type="checkbox"/> 現在手帳申請中 (                      年                      月                      日申請)</p> <p><input type="checkbox"/> 所持していないので、医師の診断書等を添付</p>		

(以下こども相談センターで記入)

上記児童に対するこども相談センターの意見		
認 否 に つ い て	加算対象児童として	認 ・ 否
加算対象児童認定年月日	年	月 日



