

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、家族のみでは入浴困難な重度身体障害者に対し、必要な設備等を提供し、入浴の介助をすることにより、重度身体障害者の保健衛生の向上と福祉の増進を図るために実施する、訪問入浴介助サービス事業（以下「本事業」という。）に関し、必要な事項を定めることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において重度身体障害者とは、原則として、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害者のうち下肢若しくは体幹機能障害により身体障害者手帳の等級が1級若しくは2級に該当すると認められた者又は難病等対象者をいう。

(実施方法)

第3条 本事業は、利用者の居宅に入浴車で訪問し、浴槽を居室に搬入して入浴介助サービスを提供することにより実施する。

(対象者)

第4条 本事業の対象者は、市内に居住する重度身体障害者で、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 居宅において、家庭の浴槽を使用した入浴が困難な者
- (2) 主治医が入浴について可能と認めた者
- (3) 原則として、介護者（家庭において重度身体障害者の世話をしている者をいう。以下同じ。）の立会いが可能な者
- (4) 病院等に入院していない者
- (5) 介護保険法（平成9年法律第123号）に基づく訪問入浴サービス事業及び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）に基づく障害福祉サービスによる入浴介助が利用できない者

(サービス利用の申出)

第5条 本事業を利用しようとする者（以下「申出者」という。）は、豊中市障害者等地域生活支援事業利用申込書（様式第1号）に必要事項を記載し、重度身体障害者訪問入浴介助サービス利用意見書（様式第1号の2）及びその他市長が必要と認める書類を添えて、市長に提出しなければならない。

(決定)

第6条 市長は、前条の申込みがあったときは、必要な調査を行い、利用可否を決定する。

2 市長は、申出者の身体の状態、世帯の状態、住宅の状態及び地理的条件を十分に勘案して、実施回数を決定する。

3 市長は、前2項による審査の結果、本事業の利用可否を豊中市障害者等地域生活支援事業利用決定通知書（様式第2号）により申出者に通知する。

4 前項の規定により利用の決定を行ったときは、申出者に地域生活支援事業受給者証（以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

(利用料)

第7条 本事業の利用の決定を受けた者（以下「利用者」という。）は、月額4,000円を超えない範囲内で1回の利用につき500円の利用料を支払わなければならない。ただし、利用者が生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯に属する場合は、利用料を0円とする。

2 前項本文の規定にかかわらず、利用者が、豊中市障害者等移動支援事業実施要綱に基づく移動支援事業、豊中市障害者等日中一時支援事業実施要綱に基づく日中一時支援事業又は豊中市重度訪問介護利用者の大学修学支援事業実施要綱に基づく豊中市重度訪問介護利用者の大学修学支援事業（以下「移動支援事業等」という。）を利用した場合の利用料の月額の上限は、4,000円から移動支援事業等の利用に関し支払った利用料（利用料に相当するものを含み、実費を除く。）を減じた額とするものとする。

(利用料の支払い)

第8条 利用者は、各月の利用料を翌月の末日までに支払わなければならない。

(消耗品等の負担)

第9条 本事業の提供に係るタオルやシャンプーを含む消耗品等については、利用者が負担するものとする。

(届出)

第10条 利用者は、申し出た事項に変更があるときは受給者証を添え市長に届け出なければならない。

2 利用者は、毎年6月に、課税状況を証する書類又は生活保護適用証明書（以下「課税状況証明書等」という。）を市長に提出しなければならない。ただし、市長が公簿等により確認できるときは、この限りではない。

(利用の変更等)

第 11 条 利用者は、利用する事業内容を変更又は取り消すときは、受給者証を添えて豊中市障害者等地域生活支援事業利用（変更・取消）申込書（様式第 3 号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、利用者から前項の申込みがあったときは、速やかに可否を決定し、豊中市障害者等地域生活支援事業利用変更決定通知書（様式第 4 - 1 号）又は豊中市障害者等地域生活支援事業利用取消通知書（様式第 4 - 2 号）により利用者へ通知しなければならない。

（利用の取消し）

第 12 条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当することとなったときは、利用決定を取り消すことができる。

- （1） 死亡又は市外に転出したとき
- （2） 医療機関等への入院等により 3 か月以上継続して本事業を利用しなかったとき
- （3） 虚偽の申込み又は不正行為によって利用の決定を受けたとき
- （4） その他市長が本事業を提供することが不適当と認めたとき

2 市長は、前項の規定により利用を取り消したときは、豊中市障害者等地域生活支援事業利用取消通知書（様式第 4 - 2 号）により利用者へ通知するものとする。

（利用料の変更）

第 13 条 市長は、利用者の属する世帯に特別な事由があると認められる場合は、利用料を変更することができる。

2 利用料の変更を受けようとする者は、豊中市障害者等地域生活支援事業利用申込書（様式第 1 号）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、前項の申込みがあったときは、その内容を審査のうえ変更の可否を豊中市障害者等地域生活支援事業利用決定通知書（様式第 2 号）により申出者に通知するものとする。

（実施事業者）

第 14 条 市長は、介護保険法に基づく訪問入浴サービス事業所として指定を受けている事業者のうち、社会福祉法人又は入浴介助サービスを行う事業者等で、適切に訪問入浴介助サービス事業が実施できるものとして認めた者（以下「実施事業者」という。）を指定することができる。

2 前項の規定による指定を受けようとする者は、豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者指定申請書（訪入浴 様式第 5 号）を市長に提出しなければならない。

3 市長は、必要があると認めるときは前項に規定する申請書に参考となる書類を添付させることができる。

4 第 1 項の規定による指定は、豊中市重度身体障害者訪問入浴サービス事業者指定通知書（訪入浴 様式第 6 号）により行うものとする。

- 5 利用者は、第1項の規定による指定を受けた実施事業者を受給者証を提示して、訪問入浴介助サービスの提供を受けるものとする。ただし、やむを得ない理由のある場合はこの限りではない。
- 6 実施事業者は、第2項の申請書に記載した事項に変更があったときは、豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業運営変更届（訪入浴 様式第7号）により、10日以内に市長に届け出なければならない。また、やむを得ない事由により変更が生じた日から30日を超えて届出をする場合は、市長に「遅延理由書」を併せて提出しなければならない。

（指定の期間）

第15条 実施事業者の指定の有効期間は、6年とする。有効期間を満了した後も引き続き事業を実施する場合は、更新を行わなければならない。更新の手続きについては、前条の規定を準用する。

- 2 前項の規定による更新は、豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者指定更新通知書（訪入浴 様式第8号）により行うものとする。

（実施）

第16条 実施事業者は、受給者証を確認のうえ、実施台帳を調製し、重度身体障害者訪問入浴介助サービス実施計画書及び報告書を月毎に作成し、対象月の翌月から起算して5年間保管しなければならない。

（健康管理）

第17条 実施事業者の従業者は、利用者の入浴に係る健康管理に十分な注意を払うものとする。

（補助金の交付）

第18条 市長は、利用者が実施事業者から訪問入浴介助サービスを受けたときは、実施事業者に対し豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金（以下「補助金」という。）を交付するものとする。

（補助基準額）

第19条 一回当たりの補助金の基準額（以下「補助基準額」という。）は、12,600円とする。

（補助金の交付額）

第20条 補助金の交付額は、補助基準額から第7条第1項に規定する利用料を控除して得た額とする。

(補助金の交付申込み)

第 21 条 補助金の交付を受けようとする者は、補助対象月の翌月 10 日までに、豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金交付申込書(訪入浴 様式第 9 号)に豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金明細書兼実績記録票(訪入浴 様式第 10 号)を添えて申し込まなければならない。

(補助金交付の決定)

第 22 条 市長は、前条の申込みに対して審査の上補助金の交付を決定したときは、豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金交付決定通知書(訪入浴 様式第 11 号)により通知するものとする。

(補助金の請求及び交付時期)

第 23 条 市長は、前条による通知を受けた者から豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金請求書(訪入浴 様式第 12 号)の提出があったときは、その日から 30 日以内に補助金の交付を行うものとする。ただし、当該請求が適切でない場合はこの限りでない。

(帳簿等の整備)

第 24 条 補助金の交付を受ける者は、第 16 条に規定する実施計画書及び報告書のほか、事業に係る収入及び支出に関する帳簿及び証拠書類を常に整備しておかねばならない。

(指示及び検査)

第 25 条 市長は、補助金の交付を受けた者に対し、随時、補助金の使用について必要な指示をすることができる。また、必要があるときは事業者に対して事業所に立ち入り、帳簿書類その他の物件を検査することができる。

(決定の取消し)

第 26 条 市長は、補助金の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、補助金の交付決定の全部又は一部を取り消すことができる。

- (1) 補助金を本事業以外の用途に使用したとき
- (2) 補助金交付の決定内容又はこれに付した条件に違反したとき
- (3) 補助金の全部又は一部を使用しなかったとき
- (4) 偽りその他不正な方法により補助金の交付を受けたとき

(補助金の返還)

第 27 条 市長は、前条の規定に基づき補助金の交付決定の全部又は一部を取り消した場合において、当該取消しに係る部分に関し既に補助金が交付されているときは、その返還を命ずることができる。

(その他)

第 28 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、昭和 61 年（1986 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 2 年（1990 年）8 月 10 日から施行し、適用については平成 2 年（1990 年）7 月 12 日からとする。

附 則

この要綱は、平成 6 年（1994 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 12 年（2000 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 14 年（2002 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 16 年（2004 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 18 年（2006 年）10 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 19 年（2007 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 20 年（2008 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 21 年（2009 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 22 年（2010 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 23 年（2011 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 24 年（2012 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 25 年（2013 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年（2014 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 27 年（2015 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年（2018 年）6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年（2019 年）5 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年（2021 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 3 年（2021 年）6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 4 年（2022 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年（2023 年）1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 5 年（2023 年）4 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 7 年（2025 年）6 月 23 日から施行する。

附 則

この要綱は、令和 7 年（2025 年）9 月 1 日から施行する。

(様式第1号)

豊中市障害者等地域生活支援事業利用申込書

豊中市長様

次のとおり申し込みます。

申込年月日

年 月 日

申込者 *利用者が18歳未満の場合は保護者	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	個人番号:			
	居住地	〒 電話番号 (平日、日中の連絡先をお願いします)		
フリガナ		生年月日	年 月 日	
利用申込に係る児童氏名 *利用者が18歳未満の場合、記入		続 柄		
	個人番号:			
【同意欄】 <u>以下の内容を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください</u> この事業の受託事業者又は指定事業者に対し、私に関する情報をサービス提供に必要な範囲で提供することに同意します。また、利用料決定のため、豊中市長が、私及び私の属する世帯の個人番号を閲覧すること並びに市民税課税台帳、住民基本台帳及び生活保護受給の有無を閲覧・照会することに同意します。				はい・いいえ
<u>(通学支援ご利用の方)</u> 担当小学校区の豊中市障害者相談支援センター及び通学中の学校に、私に関する情報を支援に必要な範囲で提供することに同意します。				はい・いいえ

利用を希望するサービス *希望するサービスに☑を入れてください。		1ヶ月当たりの希望支給量
☐ 移動支援事業	☐ 移動支援	時間
	☐ 通学支援	時間
☐ 日中一時支援事業		日
☐ 訪問入浴介助サービス事業		回

負担上限月額に関する認定について、次の区分の適用を申請します。 *あてはまるものに☑を入れてください。いずれにもあてはまらない場合は空欄にしてください。 【世帯範囲】障害者(18歳以上)…本人と配偶者 障害児…保護者の属する世帯全員(18歳以上)	
☐ 生活保護受給世帯の方	
☐ 市町村民税非課税世帯に属する方	
☐ 市町村民税課税世帯に属する方であって、障害者で市町村民税所得割額16万円未満もしくは、障害児で市町村民税所得割額28万円未満の世帯の方	

申込書提出者	☐ 申込者本人 ☐ 申込者本人以外(下の欄に記入)
氏名	申込者との関係 ()

(様式第 1 号の 2)

重度身体障害者訪問入浴介助サービス利用意見書

年 月 日

豊中市長 様

住 所

医療機関名

医 師 名 前

電 話 () —

下記の者について、重度身体障害者訪問入浴介助サービスの利用に関する所見を報告します。

記

氏名		生年月日	年 月 日
住所			
訪問入浴について	1 入浴可能 2 入浴不可能		
疾病の状況	☐ なし		
	☐ あり〔病名： 〕		
感染症の有無	☐ なし		
	☐ あり〔病名： 〕		
床ずれについて	☐ なし		
	☐ あり〔その程度： 〕		
訪問入浴での身体的・精神的に注意を必要とする点	☐ なし		
	☐ あり〔注意点： 〕		
意見・指示事項等			

年 月 日

豊中市長

豊中市障害者等地域生活支援事業利用決定通知書

障害者等移動支援事業・障害者等日中一時支援事業・重度身体障害者入浴介助サービス事業の利用について、下記のとおり決定しましたので、通知します。

受給者証番号			支給決定日	年 月 日
支給決定障害者 (保護者)氏 名				
支給決定に係る 児 童 氏 名				
決 定 結 果				
決定の内容	支給内容及び支給量			有効期間
	移 動 支 援			
	日中一時支援			
	訪問入浴介助 サ ー ビ ス			
	利用者負担上限 月額			
理 由				
備 考				

- (教 示) 不服申立て及び取消訴訟
- 1 この決定について不服があるときは、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、豊中市長に対し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をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分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】
〒561-8501
豊中市役所 障害福祉課
TEL :
FAX :

(様式第3号)

豊中市障害者等地域生活支援事業利用（変更・取消）申込書

豊中市長様

次のとおり申し込みます。

申込年月日 年 月 日

申込者 *利用者が18歳未満の場合は保護者	フリガナ			
	氏名		生年月日	年 月 日
	居住地	個人番号： 〒 電話番号 (平日、日中の連絡先をお願いします)		
利用申込に係る 児童氏名 *利用者が18歳未満の場合、記入	フリガナ		生年月日	年 月 日
			続 柄	
個人番号：				
【同意欄】 <u>以下の内容を確認し、はい・いいえのどちらかを○で囲んでください</u> この事業の受託事業者又は指定事業者に対し、私に関する情報をサービス提供に必要な範囲で提供することに同意します。また、利用料決定のため、豊中市長が、私及び私の属する世帯の個人番号を閲覧すること並びに市民税課税台帳、住民基本台帳及び生活保護受給の有無を閲覧・照会することに同意します。				はい・いいえ
<u>(通学支援ご利用の方)</u> 担当校区の豊中市障害者相談支援センター及び通学中の学校に、私に関する情報を支援に必要な範囲で提供することに同意します。				はい・いいえ

変更・取消を希望するサービス *変更・取り消すサービスに☑を入れてください。	☐ 移動支援	☐ 移動支援
	☐ 日中一時支援事業	☐ 通学支援
*該当する項目に☑を入れ、内容を記入してください。	☐ サービスの利用内容を変更したい。(変更日 年 月 日から) 【理由】 【内容】 現在 時間/月 ⇒ 時間/月へ変更希望 現在 日/月 ⇒ 日/月へ変更希望	
	☐ サービスの利用を取り消したい。(取消日 年 月 日)	
	☐ 住所、氏名、負担上限月額の変更。(変更日 年 月 日から) 【内容】	

申込書提出者	☐ 申込者本人 ☐ 申込者本人以外(下の欄に記入)
氏名	申込者との関係 ()

年 月 日

豊中市長

豊中市障害者等地域生活支援事業利用変更決定通知書

障害者等移動支援事業・障害者等日中一時支援事業・重度身体障害者入浴介助サービス事業の利用について、下記のとおり決定しましたので、通知します。

受給者証番号				変更決定日	年 月 日
支給決定障害者 (保護者)氏 名					
支給決定に係る 児 童 氏 名					
変更後決定内容等	支給内容及び支給量			有効期間	
	移 動 支 援				
	日中一時支援				
	入 浴 介 助 サ ー ビ ス				
	利用者負担上限 月額				
変 更 の 理 由					

(教 示) 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、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、豊中市長に対し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をすることができなくなります。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分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】
〒561-8501
豊中市役所 障害福祉課
TEL :
FAX :

年 月 日

豊中市長

豊中市障害者等地域生活支援事業利用取消通知書

障害者等移動支援事業・障害者等日中一時支援事業・重度身体障害者入浴介助サービス事業の利用について、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

受給者証番号	
支給決定障害者 (保護者)氏 名	
支給決定に係る 児 童 氏 名	
支給決定取消日	
取 消 理 由	

(教 示) 不服申立て及び取消訴訟

- この決定について不服があるときは、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、豊中市長に対し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をすることができなくなります。
- この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、豊中市を被告として（訴訟において豊中市を代表する者は豊中市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります）また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、この処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して6か月以内であっても、その審査請求に対する裁決の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分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】
〒561-8501
豊中市役所 障害福祉課
TEL :
FAX :

豊中市長 様

申請者 名 称

代表者の職・氏名

[illegible]

(訪入浴 様式第 6 号)

第 号
年 月 日

様

豊中市長

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者指定通知書

年（ 年） 月 日付で申請のあった豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者の指定については、豊中市重度身体障害者入浴介助サービス事業実施要綱第 13 条第 1 項の規定により、下記のとおり豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者として指定します。

記

- 1. 事業者の名称
- 2. 事業者の所在地
- 3. 事業所の名称
- 4. 事業所の所在地
- 5. 事業所番号
- 6. 指定年月日
- 7. 指定の有効期間

年（ 年） 月 日
年（ 年） 月 日から
年（ 年） 月 日まで

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業運営変更届

年 月 日

豊中市長 様

申込者 所在地

名 称

代表者職・氏名

電話番号

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業の運営について、次のとおり変更したので、届け出ます。

申請内容を変更した事業所			名 称：		
			所在地：		
変更があった事項（※1）			変更の内容（※2・3）		
	1	事業者の主たる事務所の所在地	（変更前）		
	2	事業者の代表者の職・氏名及び住所			
	3	事業所の名称			
	4	事業所の所在地			
	5	事業所の建物の構造等			
	6	事業所の管理者の氏名及び住所	（変更後）		
	7	その他、管理者に関すること			
	8	サービス提供責任者の氏名及び住所			
	9	従業員の職種及び員数			
	10	従業員の勤務体制及び勤務形態			
	11	その他、従業員に関すること	（変更理由等）		
	12	運営規程			
	13	主な掲示事項			
	14	その他			
変更（予定）年月日			年 月 日		

※1 該当番号の左欄に○を付してください

※2 変更内容の記載に当たって欄が不足するときは、別紙を添付してください

※3 変更内容がわかる書類を添付してください

(訪入浴 様式第 8 号)

第 号
年 月 日

様

豊中市長

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者指定更新通知書

年（ 年） 月 日付で申請のあった豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者の指定については、豊中市重度身体障害者入浴介助サービス事業実施要綱第 14 条第 1 項において準用する同要綱第 13 条の規定により、下記のとおり豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業者として指定の更新をします。

記

- 1. 事業者の名称
- 2. 事業者の所在地
- 3. 事業所の名称
- 4. 事業所の所在地
- 5. 事業所番号
- 6. 指定更新年月日
- 7. 指定の有効期間

年（ 年） 月 日
年（ 年） 月 日から
年（ 年） 月 日まで

年 月 日

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金交付申込書

豊中市長 様

事業所	指定番号	
	名称	
	所在地	
事業者	名称	
	所在地	
	代表者職氏名	

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業実施要綱第20条の規定により、
下記のとおり豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金の交付を
申し込みます。

記

年 月分

利用者氏名	ほか 人
補助金交付申込額	円

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金明細書兼実績記録票

事業所名

受給者証番号

利用者
氏名

利用料上限月額

円

回数

回

	利用日		補助基準額	利用料	利用者 確認欄	備考
	日付	曜日				
1			12,600 円	円		
2			円	円		
3			円	円		
4			円	円		
5			円	円		
6			円	円		
7			円	円		
8			円	円		
9			円	円		
10			円	円		
合計			① 円	② 円		

当月分補助金交付申込額 ①－②

円

第 号
年 月 日

様

豊中市長

豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金交付決定通知書

年 月 日付で申込みのあった「豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業補助金」については、豊中市重度身体障害者訪問入浴介助サービス事業実施要綱第 21 条の規定により下記のとおり交付決定しましたので通知します。

年 月分 交付決定額	円
------------	---

豊中市重度身体障害者入浴介助サービス事業補助金請求書

豊中市長 様

_____ 年 _____ 月分

請求金額	
------	--

※ 金額の頭に「¥」を記入

_____ 年 _____ 月 _____ 日

事業所	事業所番号	
	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
事業者	名称	
	所在地	〒
	代表者職・氏名	
担当者	氏名	
	電話番号	