

豊中市障害者等移動支援事業者の指定に関する要綱

(目的)

第1条 この要綱は、豊中市障害者等移動支援事業実施要綱第8条第2項に基づく指定に関し必要な事項を定めることを目的とする。

(指定の申請)

第2条 指定を受けようとする事業者は、豊中市障害者等移動支援事業者指定申請書（様式第11号）を市長に提出しなければならない。

(添付書類)

第3条 前条の規定による申請に必要な添付書類は次の各号に定める。

- (1) 履歴事項全部証明書の写し
- (2) 管理者及びサービス提供責任者の履歴書
- (3) 組織体制図
- (4) 勤務形態一覧表
- (5) 従業者の資格を証明するものの写し
- (6) 運営規程
- (7) 利用者からの苦情処理の概要
- (8) 都道府県等居宅介護事業等指定通知書の写し
- (9) その他参考となる書類

(指定)

第4条 市長は、申請書類の提出があったときはその内容を審査し、適当と認めるときは、移動支援事業者の指定を行い、豊中市障害者等移動支援事業者指定通知書（様式第12-1号）を当該申請者に通知するものとする。

(従業者の資格要件)

第5条 移動支援従事者及び通学支援従事者の資格要件については以下のとおりとする。

移動支援サービス対象者	移動支援サービス従事者資格
全身性障害者・児 難病等対象者・児	・全身性障害者移動介護従事者養成研修課程修了者 ・日常生活支援従業者養成研修修了者 ・重度訪問介護従業者養成研修修了者 ・介護福祉士・看護師・准看護師 ・介護職員初任者研修課程修了者 ・介護職員実務者研修課程修了者 ・居宅介護従業者養成研修1～3級課程修了者 ・訪問介護員養成研修1～3級課程修了者 ・介護職員基礎研修修了者 *上記いずれかを修了した者

知的障害者・児 (知的障害を伴う発達障害、高次脳機能障害を含む。)	・知的障害者移動介護従業者養成研修課程修了者 ・重度訪問介護従業者養成研修修了者 ・介護福祉士・看護師・准看護師 ・介護職員初任者研修課程修了者 ・介護職員実務者研修課程修了者 ・居宅介護従業者養成研修１～３級課程修了者 ・訪問介護員養成研修１～３級課程修了者 ・介護職員基礎研修修了者 ・行動援護従業者養成研修修了者 ＊上記いずれかを修了した者
精神障害者・児	・精神障害者ホームヘルパー養成特別研修修了者 ・移動支援従業者養成研修精神障害課程修了者 ・重度訪問介護従業者養成研修修了者 ・知的障害者移動介護従業者養成研修課程修了者 ・介護福祉士・看護師・准看護師 ・介護職員初任者研修課程修了者 ・介護職員実務者研修課程修了者 ・居宅介護従業者養成研修１～３級課程修了者 ・訪問介護員養成研修１～３級課程修了者 ・介護職員基礎研修修了者 ・行動援護従業者養成研修修了者 ＊上記いずれかを修了した者

通学支援サービス対象者	通学支援サービス従事者資格
一人での通学が困難な障害のある児童・生徒（視覚障害のある児童・生徒は除く。）	・介護福祉士・看護師・准看護師 ・介護職員初任者研修課程修了者 ・介護職員実務者研修課程修了者 ・居宅介護従業者養成研修１～３級課程修了者 ・訪問介護員養成研修１～３級課程修了者 ・介護職員基礎研修修了者 ・行動援護従業者養成研修修了者 ・全身性障害者移動介護従事者養成研修課程修了者 ・日常生活支援従業者養成研修修了者 ・重度訪問介護従業者養成研修修了者 ・知的障害者移動介護従業者養成研修課程修了者 ・精神障害者ホームヘルパー養成特別研修修了者

	・移動支援従業者養成研修精神障害課程修了者 ・指定障害福祉サービスの提供に係るサービス管理を行う者として厚生労働大臣が定めるもの等（平成18年厚生労働省告示第544号）の一のイ(1)(二)のaからeに掲げる者であって、直接支援の業務に従事した期間が2年以上、かつ、従事した日数が360日以上の方 ＊上記いずれかを修了又は要件を満たした方
一人での通学が困難な視覚障害のある児童・生徒	・同行援護従業者養成研修一般課程修了者 ・視覚障害者外出介護従業者養成研修修了者 ・国立障害者リハビリテーションセンター学院視覚障害学科修了者 ・介護福祉士、看護師、准看護師、介護職員初任者研修課程修了者、介護職員実務者研修課程修了者、居宅介護従業者養成研修1～3級課程修了者、訪問介護員養成研修1～3級課程修了者、介護職員基礎研修修了者であって、視覚障害を有する身体障害者又は障害児の福祉に関する直接支援の業務に従事した期間が1年以上、かつ、従事した日数が180日以上の方 ＊上記いずれかを修了又は要件を満たした方

（簡易申請）

第6条 市外の移動支援事業者で、特別な事情により特定の利用者（最大2人）に限りサービスを提供する場合は第3条の添付書類を簡略化できる。

2 前項の添付書類は、次の各号に定める。

- （1）都道府県居宅介護事業等指定通知書の写し
- （2）事業者所在地の移動支援指定通知書等の写し
- （3）運営規程
- （4）その他参考となる書類

（変更の届出）

第7条 指定事業者は、第2条に掲げる内容に変更があったときは、豊中市障害者等移動支援事業運営変更届（様式13号）により、10日以内に市長に届出なければならない。

この場合において、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、市長あてに「遅延理由書」を提出しなければならない。

（変更の届出の添付書類）

第8条 変更の届出に必要な添付書類は、別に定める。

（事業の休止又は再開等の届出）

第9条 指定事業者は、移動支援事業を廃止し、休止し、又は再開したときは、豊中市障害

者等移動支援事業廃止（休止・再開）届出書（様式第14号）をすみやかに市長へ提出しなければならない。

（指定の期間）

第10条 指定の有効期間は、5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、第2条の規定を準用する。

2 前項の規定にかかわらず、市長は、当該申請に係る事業者が既に市長に提出している第3条に掲げる事項に変更がないときは、添付書類の一部を省略させることができる。

3 第1項の規定による更新は、豊中市障害者等移動支援事業者指定更新通知書（様式第12-2号）を送付することにより行うものとする。

（指定の取消し等）

第11条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合には、移動支援事業者の指定を取り消し又は期間を定めて、その指定の全部若しくは一部の効力を停止することができる。

（1）偽りその他の不正な手段により指定を受けたとき。

（2）指定事業者が、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の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号）にかかわる指定障害福祉サービス事業者の指定の取り消し処分等を受けたとき。

（3）移動支援事業に係る給付費の請求に不正があったとき。

（4）その他利用者に対し、虐待行為等著しく不適切な対応があったとき。

2 市長は、前項の規定により指定を取り消したときは、豊中市障害者等移動支援事業者指定取消通知書（様式第15号）により、指定事業者に通知するものとする。

3 市長は、第1項の規定により期間を定めてその指定の全部又は一部の効力を停止したときは、事業者登録効力停止通知書（様式第16号）により当該指定事業者に通知するものとする。

（報告等）

第12条 市長は、必要があると認めるときは、指定事業者又は指定事業者であった者に対し報告若しくは帳簿書類の提出を求め、又は職員に当該事業所に立ち入り、実施状況等について質問若しくは調査させることができる。この場合において、当該事業者は、正当な理由がない限りこれを拒んではならない。

（委任）

第13条 この要綱に定めるもののほか、事業者の指定に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

1 要綱は、平成21年10月1日から実施する。

2 この要綱の実施の際に現に豊中市障害者等移動支援事業実施要綱第8条第1項の規定により指定を受けている者は、当要綱の規定による指定を受けたものとみなす。

附 則

この要綱は、平成 25 年 4 月 1 日から実施する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から実施する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 2 月 13 日から実施する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 6 月 1 日から実施する。

附 則

この要綱は、令和元年 5 月 1 日から実施する。

附 則

この要綱は、令和 3 年 6 月 1 日から実施する。

附 則

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から実施する。

豊中市障害者等移動支援事業者指定（ 新規 ・ 更新 ）申請書

豊 中 市 長 様

申請者

主たる事務所の所在地：〒
名 称：
代表者の職・氏名：
電 話 番 号：（ ） -

豊中市障害者等移動支援事業者の指定（指定の更新）を受けたいので関係資料を添えて申請します。

申 請 者	名 称	(フリガナ)									
	主たる事務所の所在地又は住所	郵便番号（ ） 都 道 郡 市 府 県 区									
	連 絡 先	電 話 番 号					FAX番号				
	法 人 の 種 別					法人所轄庁					
	代 表 者 の 職 氏 名	職 名					フリガナ 氏 名				
	代 表 者 の 住 所	郵便番号（ ） 都 道 郡 市 府 県 区									
指 定 を 受 け よ う と す る 事 業 所	名 称	(フリガナ)									
	事業所の所在地	郵便番号（ ） 都 道 郡 市 府 県 区									
	連 絡 先	電 話 番 号					FAX番号				
	同一所在地において既に指定を受けている障害福祉サービス事業名							事業所番号			
	同一所在地において既に指定を受けている介護保険法に基づく事業名							事業所番号			
	同一所在地において既に指定を受けている移動支援事業所名及び市町村名							事業所番号			
事 業 開 始（ 更 新 ） 予 定 年 月 日							年 月 日				

備考

- 1 「受付印」の欄には記入しないでください。
- 2 「法人の種類」の欄には、「社会福祉法人」、「医療法人」、「社団法人」、「財団法人」、「株式会社」等の別を記入してください。
- 3 「法人所轄庁」の欄には、申請者が行政庁（大臣、都道府県知事等）の許認可等を受けて設立された法人である場合に、その行政庁の名称を記入してください。
- 4 「同一所在地において既に指定を受けている障害福祉サービス事業名」の欄には、同一所在地において既に事業所としての指定を受け、事業所番号が付されている場合に、その事業名と事業所番号等を記入してください。複数の番号を有する場合には、そのすべてを記入してください。
- 5 「同一所在地において既に指定を受けている介護保険法に基づく事業名」の欄には、既に事業としての指定を受け、事業所番号が付されている場合に、その事業所名と事業所番号等を記入してください。複数の番号を有する場合には、そのすべてを記入してください。
- 6 「同一所在地において既に指定を受けている移動支援事業所名及び市町村名」の欄には、既に事業として登録又は指定を受け、事業所番号が付されている場合に、その事業所名、指定を受けている市町村名及び事業所番号等を記入してください。複数の番号を有する場合には、そのすべてを記入し、指定書の写しを添付してください。

受付印

(様式 12-1 号)

第 号
年 (年) 月 日

法人名

豊中市長

豊中市障害者等移動支援事業者指定通知書

年 (年) 月 日付で申請のあった豊中市障害者等移動支援事業者の指定については、豊中市障害者等移動支援事業実施要綱第 8 条第 1 項の規定により、下記のとおり豊中市障害者等移動支援事業者として指定します。

記

1. 事業者の名称

2. 事業者の住所

3. 事業所の名称

4. 事業所の住所

5. 事業所番号

6. 指定年月日 年 (年) 月 日

7. 指定の有効期間 年 (年) 月 日から
年 (年) 月 日まで

(様式 12-2 号)

第 号
年 (年) 月 日

法人名

豊中市長

豊中市障害者等移動支援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障害者等移動支援事業者の指定については、豊中市障害者等移動支援事業実施要綱第 8 条第 1 項の規定により、下記のとおり豊中市障害者等移動支援事業者として指定の更新をします。

記

1 事業者の名称

2 事業者の住所

3 事業所の名称

4 事業所の住所

5 事業所番号

6 指定更新年月日 年 (年) 月 日

7 指定の有効期間 年 (年) 月 日から
年 (年) 月 日まで

(様式第13号)

豊中市障害者等移動支援事業変更届

年(年) 月 日

豊 中 市 長 様

申込者 所在地

名 称

代表者

豊中市障害者等移動支援事業の運営について、次のとおり変更を届け出ます。

指定申請内容を変更した事業所	事業所番号		
	名称		
	所在地		
変更があった事項			変更の内容
	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

〈備 考〉 1. 該当番号に○を付してください。

2. 変更内容が欄に書ききれないときは、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。(「変更の届出に必要な添付書類」を参照してください。)

(様式第 14 号)

豊中市障害者等移動支援事業廃止(休止・再開)届出書

年(年) 月 日

豊 中 市 長 様

所 在 地

届出者 名 称

代 表 者

豊中市障害者等移動支援事業について、次のとおり廃止(休 止 ・ 再 開)をしましたので
届け出ます。

廃止(休止・再開)する事業所	事業所 番号										
	名 称										
	所在地										
休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開 の 別		休 止 ・ 廃 止 ・ 再 開									
休 止 予 定 期 間		年 月 日 ～ 年 月 日									
廃止また再開した年月日		年 月 日									
休 止 ・ 廃 止 し た 理 由											
現にサービス又は支援を受けていた 利用者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)											

〈備 考〉

1. 事業の再開に係る届出にあつては、休止前の運営内容に変更がある場合は、「豊中市障害者等移動支援事業変更届」(様式第 13 号)を添付してください。
2. 必要に応じて関係書類を添付してください。

(様式第 15 号)

第 号

法人住所

法人名

豊中市障害者等移動支援事業者の指定に関する要綱（以下「要綱」という。）の規定により、 年
（ 年） 月 日付け 第 号で行った豊中市障害者等移動支援事業者としての指定
（ 年（ 年） 月 日指定）は、下記の理由により取り消します。

年（ 年） 月 日

豊中市長

記

1. 指定を取り消す事業所名及び事業種別

2. 指定を取り消す日

年（ 年） 月 日

3. 指定を取り消す理由

(様式第 16 号)

第 号

法人住所

法人名

豊中市障害者等移動支援事業者の指定に関する要綱(以下「要綱」という。)の規定により、 年
(年) 月 日付け 第 号で行った豊中市障害者等移動支援事業者としての指定
(年(年) 月 日指定)の全部(一部)の効力を下記の理由により停止します。

年(年) 月 日

豊中市長

記

1. 全部(一部)の効力を停止する事業所名及び事業種別

2. 全部(一部)の効力を停止する期間

年(年) 月 日から 年(年) 月 日まで

3. 全部(一部)の効力を停止する理由