

# 砥部町障害児通所給付費に係る支給決定基準

令和 3 年 3 月 11 日

砥部町告示第 20 号

(趣旨)

第 1 条 この告示は、児童福祉法(昭和 22 年法律第 164 号。以下「法」という。)第 21 条の 5 の 7 の規定に基づき、町が障害児通所給付費の支給決定を公平かつ適正に行うため必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第 2 条 この告示において使用する用語は、法、児童福祉法施行令(昭和 23 年 3 月 31 日政令第 74 号。以下「政令」という。)、児童福祉法施行規則(昭和 23 年 3 月 31 日厚生省令第 11 号。以下「省令」という。)及び障害者の日常生活およ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「障害者総合支援法」という。)において使用する用語の例による。

(支給決定基準)

第 3 条 支給決定基準を定める障害児通所支援の種類は、児童発達支援、医療型児童発達支援、放課後等デイサービス、居宅訪問型児童発達支援及び保育所等訪問支援とする。

2 前項の障害児通所支援における対象児童及び 1 箇月の基準支給量は別表のとおりとする。

(支給決定)

第 4 条 支給決定にあたっては、法、政令、省令、障害児通所給付費に係る通所給付決定事務等について(事務処理要領)及び本告示に基づき行うものとする。

(基準支給量を超える支給決定)

第 5 条 児童及び保護者の特別な事情により、第 3 条で定める 1 箇月の基準支給量を超える支給量を希望する場合は、相談支援事業所が作成する基準超過支給量を希望する理由書(別記様式)に医師等の意見書を添えて申請するものとする。

2 前項の申請があったときは、児童の心身の状況、介護を行う者の状況、障害児支援利用計画案等を勘案し、支給の要否を決定するものとする。

(その他)

第 6 条 この告示に定めるもののほか、支給決定に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この告示は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

別表

| 種類     | 対象児童                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 1箇月の基準支給量                                                                                                                                                          |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 児童発達支援 | <p>療育の観点から集団療育及び個別療育を行う必要があると認められる未就学の児童で、以下の要件のいずれかに該当すること。</p> <p>(1) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を所持していること</p> <p>(2) 難病の診断を受けていること</p> <p>(3) 特別児童扶養手当の対象児童であると認定を受けていること</p> <p>(4) 医師等の診断書や意見書等で、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> <p>(5) 公認心理師による発達検査及びその所見等で、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> <p>(6) 児童発達支援センターの長により、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> <p>(7) 児童相談所の長により、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> | <p>最大 23 日</p> <p>※ 申請者の意向及び砥部町が聴取した児童の心身の状況、介護を行う者の状況、障害児支援利用計画案等を勘案し、23 日の範囲内で決定する。</p> <p>※ 23 日を超える支援が必要となる場合は、基準超過支給量を希望する理由書(別記様式)に医師等の意見書を添えて申請するものとする。</p> |

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                            |
|------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療型児童発達支援  | <p>肢体不自由があり、理学療法等の機能訓練又は医学的管理下での支援が必要であると認められた児童で、機能訓練又は医学的管理下での支援が必要であると、医師の診断書、意見書又は診療情報提供書等により確認できるもの</p>                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>最大 23 日</p> <p>※ 申請者の意向及び児童の心身の状況、介護を行う者の状況、障害児支援利用計画案等を勘案し、23 日の範囲内で決定する。</p> <p>※ 23 日を超える支援が必要となる場合は、基準超過支給量を希望する理由書(別記様式)に医師等の意見書を添えて申請するものとする。</p> |
| 放課後等デイサービス | <p>小学校、中学校、高等学校、中等教育学校、特別支援学校又は高等専門学校に就学しており、授業の終了後又は休業日に支援が必要と認められる児童で、以下の要件のいずれかに該当すること。</p> <p>(1) 身体障害者手帳、療育手帳若しくは精神障害者保健福祉手帳を所持していること</p> <p>(2) 難病の診断を受けていること</p> <p>(3) 特別児童扶養手当の対象児童であると認定を受けていること</p> <p>(4) 医師等の診断書や意見書等で、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> <p>(5) 児童発達支援センターの長により、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> <p>(6) 児童相談所の長により、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> | <p>最大 23 日</p> <p>※ 申請者の意向及び児童の心身の状況、介護を行う者の状況、障害児支援利用計画案等を勘案し、23 日の範囲内で決定する。</p> <p>※ 23 日を超える支援が必要となる場合は、基準超過支給量を希望する理由書(別記様式)に医師等の意見書を添えて申請するものとする。</p> |

|                    |                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                           |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>居宅訪問型児童発達支援</p> | <p>人工呼吸器を装着している状態その他の日常生活を営むために医療を要する状態又は重い疾病のため感染症にかかるおそれがある状態にあり、児童発達支援、医療型児童発達支援又は放課後等デイサービスを受けるために外出することが困難であると認められた児童で、その状態が医師の診断書、意見書又は診療情報提供書等により確認できるもの</p> | <p>最大 10 日</p> <p>※ 申請者の意向及び児童の心身の状況、介護を行う者の状況、障害児支援利用計画案等を勘案し、10 日の範囲内で決定する。</p> <p>※ 障害児通所支援の集団生活に移行していくための支援として、集中的に支援が必要な場合は 23 日までとし、基準超過支給量を希望する理由書（別記様式）に医師等の意見書を添えて申請するものとする。</p> |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                     |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>保育所等訪問支援</p> | <p>保育所、幼稚園、小学校(義務教育学校の前期課程を含む。)、特別支援学校、認定こども園、乳児院又は児童養護施設等の、児童が集団生活を営む施設に通っており、当該施設において専門的な支援が必要と認められた児童で、以下の要件のいずれかに該当すること。</p> <p>(1) 身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保健福祉手帳を所持していること</p> <p>(2) 難病の診断を受けていること</p> <p>(3) 特別児童扶養手当の対象児童であると認定を受けていること</p> <p>(4) 医師等の診断書や意見書等で、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> <p>(5) 公認心理師による発達検査及びその所見等で、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> <p>(6) 児童発達支援センターの長により、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> <p>(7) 児童相談所の長により、療育的支援が必要と判断され、その状態が確認できること</p> | <p>最大3日</p> <p>※ 申請者の意向及び児童の心身の状況、介護を行う者の状況、障害児支援利用計画案等を勘案し、3日の範囲内で決定する。</p> <p>※ 3日を超える支援が必要となる場合は、基準超過支給量を希望する理由書(別記様式)に医師等の意見書を添えて申請するものとする。</p> |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

年 月 日

砥部町長 様

|         |      |   |      |       |
|---------|------|---|------|-------|
| 申請者     | フリガナ |   | 生年月日 | 年 月 日 |
|         | 氏 名  |   |      |       |
|         | 居住地  | 〒 | 電話番号 |       |
| フリガナ    |      |   | 生年月日 | 年 月 日 |
| 支給申請に係る |      |   |      |       |
| 児 童 氏 名 |      |   | 続 柄  |       |

[illegible]