

## 佐賀市障害者訪問入浴サービス事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、地域における身体障害者の生活を支援するため、訪問により居宅において入浴サービスを提供し、身体障害者の身体の清潔の保持、心身機能の維持等を図り、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

### (事業の委託)

第2条 市長は、この事業の一部を適切な事業運営を行うことができると認める事業者に委託することができる。

### (対象者)

第3条 事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、本市に住所を有する在宅の障害者のうち、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項の規定により身体障害者手帳の交付を受けている者で、この事業の利用によらなければ入浴が困難なものとする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、対象者から除くものとする。

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第3項に規定する訪問入浴介護の居宅サービスを受けることができる者
- (2) 感染性疾患を有し、他の者に感染の恐れがある者
- (3) その他市長が事業の利用を適当でないと認める者

### (事業の内容)

第4条 事業は、障害者の居宅を訪問し、浴槽を提供して当該障害者に対し入浴の介助を行う（以下「サービス」という。）ものとする。

2 サービスの利用回数は、週2回以内とする。ただし、市長が特に必要と認める場合については、この限りでない。

### (利用の申請)

第5条 サービスを利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、佐賀市障害者訪問入浴サービス利用申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

### (利用の決定)

第6条 市長は、前条の申請書を受理したときは、当該申請書の内容を審査の上、サービスの利用の可否を決定し、佐賀市障害者訪問入浴サービス利用決定通知書（様式第2号）又は佐賀市障害者訪問入浴サービス利用申請却下通知書（様式第3号）により当該申請者に通知するものとする。

### (利用の期間)

第7条 サービスの利用の期間は、利用の決定を受けた日から最初に到来する6月30日までとする。

(費用の負担)

第8条 第6条第1項の規定により利用の決定の通知を受けた者(以下「利用者」という。)のサービスの利用に係る負担は、次の各号の区分に応じ、当該各号に定めるとおりとする。

(1)生活保護法(昭和25年法律第144号)に規定する被保護者については、無料。

(2)申請者又は入浴の介助を必要とする者が属する世帯の全ての者が市民税非課税者である場合は、サービス1回につき300円。

(3)上記第1号、第2号以外の者の場合は、サービス1回につき600円。

(利用の取消し)

第9条 市長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該サービスの利用の決定を取り消すことができる。

(1)事業の対象者でなくなったとき。

(2)不正又は虚偽の申請により利用の決定を受けたとき。

(3)その他市長がこの事業を利用する必要がなくなったと認めるとき。

2 市長は、前項の規定による利用の決定を取り消すときは、佐賀市障害者訪問入浴サービス利用取消決定通知書(様式第4号)により利用者又はその保護者に通知するものとする。

(補則)

第10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、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

佐賀市障害者訪問入浴サービス事業利用申請書

年 月 日

（あて先）佐賀市長

申請者 住所  
氏名 印

障害者訪問入浴サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

入浴の介助を必要とする者	住所					
	氏名		男・女	申請者との続柄		
	生年月日	年	月	日	電話	
利用を希望する理由	本人の身体状態					
	その他の状況（家庭）					
利用しているサービス	療養介護・生活介護・自立訓練・居宅介護（身体介護） 重症心身障害児（者）通園事業・その他（ ）					
世帯の状況						
	氏名	続柄	年齢	性別	職業	備考
同意書						
佐賀市障害者訪問入浴サービス事業の給付に係る自己負担額の決定に関して、課税資料等を閲覧することに同意します。						
平成 年 月 日						
氏名						
（あて先）佐賀市長 様						
印						

※ 別紙の健康診断書を添付してください。

別紙

健康診断書

氏名		男・女	年 月 日生
住所			
障害名			
現傷病名	初診日 年 月 日	1. 症状は固定している 2. 入院治療を要する 3. 退院可能 ( 年 月 日入院)	
経過及び現症状			
体動状態		食事介助	
歩行 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">要介助 全介助 又は不能</span>	起座 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">可能 不能</span>	体位変換 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">可能 不能</span>	要 ・ 不要
運動障害		言語障害	
有 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">上肢 両・右・左 下肢 両・右・左</span>	無	有 (聴取可能・不能) ・ 無	
排泄介助		伝染性疾患	
要 ・ 不要 失禁 ( 有 ・ 無 )		有 ・ 無	
聴覚障害		床擦	
無 両耳全ろう・難聴 (会話可能・不能)		有 (部位 ) ・ 無	
精神状態		入浴の可否	
正常・異常 (所見 )		可 ・ 不可	
介護時の注意事項他特記事項			
上記のとおり診断します。 年 月 日 医療機関の所在地及び名称 <div style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 100px;">医師名</span> <span>印</span> </div>			

(佐賀市障害者訪問入浴サービス事業)

様式第2号（第6条関係）

佐賀市障害者訪問入浴サービス事業利用決定通知書

佐市障福 第 号  
年 月 日

様

佐賀市長 印

年 月 日付けで申請のあった障害者訪問入浴サービスの利用について、次のとおり決定したので通知します。

- 1 入浴の介助を必要とする者
- 2 利用期間 年 月 日 ～ 年 3月31日
- 3 利用回数 週 回
- 4 利用料

様式第3号（第6条関係）

佐賀市障害者訪問入浴サービス事業利用申請却下通知書

佐市障福 第 号  
年 月 日

様

佐賀市長 印

年 月 日付けで申請のあった障害者訪問入浴サービスの利用については、次の理由により利用できないので通知します。

理 由

様式第4号（第9条関係）

佐賀市障害者訪問入浴サービス事業利用取消決定通知書

佐市障福 第 号  
年 月 日

様

佐賀市長 印

年 月 日付け佐市障福 第 号により決定を行った障害者訪問入浴サービスの利用を次のとおり取り消すので通知します。

1 入浴の介助を必要とする者

2 取消日 年 月 日

3 取消の理由