

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ  
イトケア事業補助金交付要綱

令和 2 年 3 月 1 0 日福祉健康部長決裁

（趣旨）

第 1 条 この要綱は、人工呼吸器を使用する等、医療的ケアを必要とする在宅の重症心身障害児（者）を介助する家族の精神的、身体的負担の軽減を図るためにレスパイトケア事業を実施する者に対し、深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助金（以下「補助金」という。）を予算の範囲内で交付することにより、レスパイトケア事業の拡充を図るものとする。

2 前項の補助金の交付に関し、深谷市補助金等の交付に関する規則（平成 1 8 年深谷市規則第 5 9 号。以下「規則」という。）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第 2 条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

（1）重症心身障害児（者） 知的障害及び重度の肢体不自由が重複する者（児童を含む）であって、別表 1 の各項目に規定する状態が 6 か月以上継続するもの。

（2）レスパイトケア 医療的ケアを必要とする在宅の重症心身障害児（者）を介助する家族の精神的、身体的負担の軽減を図るための支援をいう。

（3）短期入所事業 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 1 7 年法律第 1 2 3 号）第 5 条第 8 項に規定する短期入所を行う事業をいう。

（4）日中一時支援事業 深谷市地域生活支援事業実施要綱（平成 1 9 年深谷市告示第 1 8 3 号）第 3 条第 1 4 号に規定する事業をいう。

(補助対象事業)

第3条 市内に住所を有する在宅の重症心身障害児(者)の家族のレスパイトケアを目的として行う短期入所事業及び日中一時支援事業とする。

(補助対象者)

第4条 補助金の交付を受けることができる者(以下「補助対象者」という。)は、次の各号に掲げる補助対象事業の区分に応じ、それぞれ当該各号に定めるところによる。

(1) 短期入所事業 埼玉県内の医療機関又は医療型障害児入所施設において医療型短期入所を行う者

(2) 日中一時支援事業 埼玉県内の事業所において看護師等の専門スタッフを配置し、日中一時支援事業を行う者

2 前項の規定にかかわらず、深谷市の市税に滞納があるものは補助対象者とししない。

(実施申請)

第5条 補助対象事業を実施しようとする者は、深谷市在宅重症心身障害児(者)の家族に対するレスパイトケア事業実施申請書(様式第1号)を年度ごとに市長に提出しなければならない。

2 前項の申請書には、次の各号に掲げる書類を添付しなければならない。ただし、過年度に添付した書類の内容に変更がないときは、当該年度の添付を省略することができる。

(1) 利用予定者名簿(様式第2号)

(2) 主として事業に携わる看護師等の専門スタッフの履歴書の写し(日中一時支援事業を行う者に限る)

(事業実施の決定)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、速やかにその内容を審査し、実施の適否を決定し、その旨を深谷市在宅重症心身障害児(者)の家族に対するレスパイトケア事業実施決定通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

(補助額)

第7条 補助金の額（以下「補助額」という。）は、別表2に定めるとおりとする。

（補助金の交付申請）

第8条 補助金の交付を受けようとする者は、深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付申請書（様式第4号）に、深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業実施報告書（様式第5号）を添えて、第3条に規定する事業を行った日の属する月の翌月10日又は当該事業を行った日の属する年度の末日のいずれか早い日までに、これを市長に提出しなければならない。

（交付等の決定）

第9条 市長は、補助金の交付を決定したときは、深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付決定通知書（様式第6号）により、交付の申請を行った者に通知するものとする。

（実績報告）

第10条 交付の申請を行った者は、前条の規定により交付決定された補助金の額が第8条の申請額と同額であるときは、規則第13条に規定する実績報告書を省略することができる。

（補助金の交付の請求）

第11条 補助金の交付を請求しようとする者は、深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業補助金交付請求書（様式第7号）を市長に提出しなければならない。

（報告及び調査）

第12条 市長は、必要があると認めるときは、交付の申請を行った者に対し、事業の実施について報告を求め、必要な限度において調査を行うことができる。

（書類の整備等）

第13条 補助金の交付を受けた者は、当該補助事業に係る収入、支出及び実施状況等を明らかにした帳簿及び証拠書類を整備し、

当該事業年度の終了後 5 年間保管しなければならない。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

(失効)

2 この要綱は、令和 7 年 3 月 31 日限り、その効力を失う。ただし、同日までになされた申請に対する補助金の交付等についてはこの要綱の失効後も、なお従前に例による。

附 則 (令和 3 年 9 月 22 日決裁)

この要綱は、令和 3 年 10 月 1 日から施行する。

附 則 (令和 4 年 1 月日決裁)

この要綱は、令和 4 年 4 月 1 日から施行する。

別表 1 (第 2 条関係)

	項 目	スコア
1	レスピレーター管理 (※ 1)	10 点
2	気管内挿管、気管切開	8 点
3	鼻咽頭エアウェイ	5 点
4	O <sub>2</sub> 吸入又は S p O <sub>2</sub> 90% 以下の状態が 10% 以上	5 点
5	1 回 / 時間以上頻回の吸引	8 点
	6 回 / 日以上頻回の吸引	3 点
6	ネブライザー 6 回 / 日以上又は継続使 用	3 点
7	I V H	10 点
8	経口摂取 (全介助) (※ 2)	3 点
	経管 (経鼻・胃ろう含む) (※ 2)	5 点
9	腸ろう・腸管栄養 (※ 2)	8 点
	持続注入ポンプ使用 (腸ろう・腸管栄養 時)	3 点
10	手術・服薬にても改善しない過緊張で、 発汗による更衣と姿勢修正を 3 回 / 日以上	3 点
11	継続する透析 (腹膜灌流 <sup>かん</sup> を含む)	10 点
12	定期導尿 (3 回 / 日以上) (※ 3)	5 点
13	人工肛門	5 点
14	体位変換 6 回 / 日以上	3 点

※ 1 毎日行う機械的気道加圧を要するカフマシン・N I P P  
V・C P A Pなどは、レスピレーター管理に含む。

※ 2 8、9は経口摂取、経管、腸ろう・腸管栄養のいずれか  
を選択する。

※ 3 人工膀胱<sup>ぼう</sup>を含む。

別表 2 (第 7 条関係)

事業の区分	補助額
短期入所事業 (医療型短期入所)	受け入れた重症心身障害児(者)につき、別表 1 の該当する項目のスコアを合計して 25 点以上の場合、対象者 1 人当たり 1 日 20,000 円とする。
	受け入れた重症心身障害児(者)につき、別表 1 の該当する項目のスコアを合計して 25 点未満の場合、対象者 1 人当たり 1 日 10,000 円とする。
日中一時支援事業	受け入れた重症心身障害児(者) 1 人当たり 1 日 20,000 円とする。

様式第1号（第5条関係）

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ  
イトケア事業実施申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

申請者 所在地  
法人名  
代表者名

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイト  
ケア事業を実施したいので、下記のとおり申請します。

また、深谷市の市税について、当法人に対する課税の有無及び  
課税がある場合には納付状況を、公簿等により確認することに同意  
します。

記

- 1 事業実施年度
- 2 事業所名
- 3 所在地
- 4 事業の区分 短期入所事業・日中一時支援事業  
(該当する事業の区分に印を付してください)
- 5 添付書類
  - (1) 利用予定者名簿（様式第2号）
  - (2) 主として事業に携わる看護師等の専門スタッフの履歴  
書の写し（日中一時支援事業を行う者に限る）

※ 過年度に添付した書類の内容に変更がないため当該年度の添付を  
省略するときは、省略する書類を二重線で消去してください。

様式第2号（第5条関係）

利用予定者名簿（短期入所事業・日中一時支援事業）

※いずれかの事業に印を付してください

事業所名	
------	--

1 対象児（者）

氏名		生年月日	年 月 日
住所	深谷市		
身体障害	肢体不自由の等級	( ) 級	
知的障害	程 度	最重度・重度・中度・軽度	

2 対象児（者）

氏名		生年月日	年 月 日
住所	深谷市		
身体障害	肢体不自由の等級	( ) 級	
知的障害	程 度	最重度・重度・中度・軽度	

3 対象児（者）

氏名		生年月日	年 月 日
住所	深谷市		
身体障害	肢体不自由の等級	( ) 級	
知的障害	程 度	最重度・重度・中度・軽度	

4 対象児（者）

氏名		生年月日	年 月 日
住所	深谷市		
身体障害	肢体不自由の等級	( ) 級	
知的障害	程 度	最重度・重度・中度・軽度	

5 対象児（者）

氏名		生年月日	年 月 日
住所	深谷市		
身体障害	肢体不自由の等級	( ) 級	
知的障害	程 度	最重度・重度・中度・軽度	

様式第 3 号（第 6 条関係）

第 号  
年 月 日

様

深谷市長



深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ  
イトケア事業実施決定通知書

年 月 日付けをもって申請のありました 年度  
深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケ  
ア事業の実施については、下記のとおり決定したので通知しま  
す。

記

- 1 実施を適切と認める
  - (1) 事業実施年度
  - (2) 事業所名
  - (3) 所在地
  - (4) 事業の区分 短期入所事業・日中一時支援事業
  
- 2 実施を適切と認めない  
(理由)

様式第 4 号（第 8 条関係）

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ  
イトケア事業補助金交付申請書

年 月 日

深谷市長 宛て

申請者 所在地  
法人名  
代表者名

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイト  
ケア事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり関係書類を  
添えて申請します。

記

- 1 事業所名
- 2 補助金交付申請額 金 円
- 3 補助事業の対象期間 年 月分
- 4 添付した様式第 5 号の枚数 枚

様式第 5 号（第 8 条関係）

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケア事業実施報告書 【 月分】（短期入所事業・日中一時支援事業）

※いずれかの事業に印を付してください

事業所名	
------	--

1 対象児（者）

氏名		生年月日	年 月 日
住所	深谷市		
身体障害	肢体不自由の等級	( ) 級	
知的障害	程 度	最重度・重度・中度・軽度	

2 スコア計算

上記の児（者）は、別表 1 の各項目のうち、以下の項目に該当し、その状態が 6 か月以上継続していると判断する。

	項 目	スコア
	スコア合計（点）	

※ 1 行が不足する場合は、適宜、追加してください。

3 補助金積算

利用日数（A）	補助額（B）	補助金（A×B）
日	円	円
利用日数（A）の内訳を日付で記載してください。（※ 2）		

※ 2 記載例           日から          日まで（ 日）  
          日，          日，          日

様式第 6 号（第 9 条関係）

第 号  
年 月 日

様

深谷市長



深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ  
イトケア事業補助金交付決定通知書

年 月 日付けをもって申請のありました 年度  
深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケ  
ア事業補助金については、下記のとおり決定したので通知しま  
す。

記

1 交付

- (1) 事業所名
- (2) 補助金交付申請額 金 円
- (3) 補助事業の対象期間 年 月分

2 却下

(理由)

様式第7号（第11条関係）

深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパ  
イトケア事業補助金交付請求書

年 月 日

深谷市長 宛て

申請者 所在地  
事業所名  
代表者名 印

年 月 日付けをもって決定のありました 年度  
深谷市在宅重症心身障害児（者）の家族に対するレスパイトケ  
ア事業補助金について交付を受けたいので、下記のとおり請求  
します。

記

- 1 補助金交付申請額 金 円  
2 振込先

金融機関名	
本・支店名	
預金種別	(当座・普通)
口座番号	
(ふりがな) 口座名義	