

伊勢原市障害者通所交通費助成要綱

(目的)

第1条 この要綱は、社会福祉施設（以下「施設」という。）及び在宅精神障害者地域作所（以下「作業所」という。）に通所する障害者に対して、交通費を助成し、経済的負担の軽減を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において施設とは、次の各号のいずれかに該当するものをいう。

- (1) 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。以下「法」という。）第5条に定める生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援の障害福祉サービスを提供する事業施設
- (2) 法第77条第9号に規定する地域活動支援センター
- (3) 市外の施設にあっては、所在地の市町村において、前各号に掲げる施設と同様の事業を実施している施設

(対象者)

第3条 この要綱により交通費の助成を受けることができる者は、本市に居住している者又は本市が援護を実施している者で、次の各号のいずれかに該当する者のうち、施設に通所し、作業活動を行っているものとする。ただし、就労継続支援の利用者においては、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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第6条の10第2号に規定する便宜を供与されている者に限る。

- (1) 身体障害者福祉法第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
- (2) 療育手帳制度について（昭和48年厚生省発児第156号厚生事務次官通知）の規定により療育手帳の交付を受けている者
- (3) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
- (4) 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施行規則（平成18年厚生労働省令第19号）第36条第3号の自立支援医療の種類の支給認定により法第54条第3項の医療受給者証の交付を受けている者
- (5) その他前各号に掲げる障害者と同等の障害を有すると市長が認めた者

2 前項の規定にかかわらず、他の市町村又は施設から交通費の助成を受けている者は、対象としない。

(助成額)

第4条 交通費の助成額は、交通機関を利用した場合、最も経済的な経路及び方法により通所に要した運賃の額とし、その額が、定期券による額と比較して高額となる場合は定期券の額とする。ただし、通所者が入院等、特別な事情がある時はこの限りでない。

2 自家用自動車等を利用しなければ通所することができない者の交通費の助成額は、次のとおりとする。

項 目	単位	自宅から施設又は作業所までの距離		
		5 km未満	5 km以上 10 km未満	10 km以上
自家用自動車 自転車 原動機付自転車 その他の交通用具	1 日	円 1 0 0	円 1 5 0	円 2 5 0

3 前2項の規定により助成する額は、通所者負担額として通所に要した交通費の月額から、当該額に1割（前条に規定する施設（ただし、第3号に規定する施設を除く。）に所する場合において割引運賃が適用される交通機関を利用した場合は、2割）を乗じて10円未満を切り捨てて得た額を控除した額とする。

（申請及び決定）

第5条 交通費の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、伊勢原市障害者通所交通費助成申請書（第1号様式）に就労継続支援A型の施設に通所する者にあつては、雇用契約がないことが確認できる書類を添付し、市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書の提出があつたときは、内容を審査し、その助成の適否を決定し、伊勢原市障害者通所交通費助成決定（却下）通知書（第2号様式）により申請者に通知するものとする。

（受給資格の期間）

第6条 交通費の助成は、前条第2項の規定に基づく助成を決定した日の属する月（以下「支給開始月」という。）から開始し、助成すべき理由が消滅した日の属する月までとする。

（助成額の請求）

第7条 交通費を請求しようとする者は、1月、4月、7月及び10月を基準月とし、それぞれ基準月の前3か月分を基準月の10日までに、通所施設の長が証明する伊勢原市障害者通所交通費助成請求書（第3号様式）により市長に請求しなければならない。

2 体験通所を経て通所となった場合は、支給開始月前1か月間の体験通所に要した交通費について請求することができる。

（助成金の返還）

第8条 市長は、偽りその他不正な手段により交通費の助成を受けた者があつたときは、交通費の助成の決定を取り消し、既に助成した額の一部又は全部を返還させることができる。

（変更届）

第9条 交通費の助成を受けた者が、第2条に規定する要件に該当しなくなつたとき又は氏名、住所、通所経路及び方法を変更したときは、速やかに伊勢原市障害者通所交通費変更届（第4号様式）により市長に届け出なければならない。

（委任）

第10条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、平成3年4月1日から適用する。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則

この告示は、平成19年4月1日から施行する。ただし、第2条第1号及び第2号の改正規定は、平成18年10月1日から適用する。

附 則

この告示は、平成25年4月1日から施行する。

附 則 (平成25年12月26日告示第178号)

この告示は、公表の日から施行し、平成25年11月1日から適用する。

附 則

この告示は、平成27年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則 (平成30年3月30日告示第63号)

この告示は、平成30年4月1日から施行する。

第1号様式（第5条関係）

伊勢原市障害者通所交通費助成申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

申請者 住所

氏名

電話

伊勢原市障害者通所交通費助成を次のとおり申請します。

通 所 先	通所施設の名称					
	通所施設の住所		電話			
対 象 者	ふりがな 氏 名					
	他市町村や施設 からの交通費助成		<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
通 所 の 状 況	体験通所期間		<input type="checkbox"/> あり 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> なし			
	本通所日		年 月 日から本通所を開始			
	通所の方法		<input type="checkbox"/> 交通機関利用 <input type="checkbox"/> 自家用自動車（自転車）			
	通 所 経 路		電車・バス別	片道運賃 ※IC金額	1か月定期券の額	
	1 ～			円	円	
2 ～			円	円		
3 ～			円	円		
自家用自動車 （自転車）		自宅 ～		片道の距離 km		
助 成 金 振 込 先						
金融機関名		銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店 支所				
<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		口座番号		ふりがな 口座名義人		

※就労継続支援A型の施設に通所する場合、雇用契約がないことが確認できる書類の添付が必要です。

※体験通所期間は助成対象とならない場合があります。

年 月 日

様

伊勢原市長



伊勢原市障害者通所交通費助成決定（却下）通知書

年 月 日付けの通所交通費助成申請について、次のとおり決定しましたので通知します。

決定区分		<input type="checkbox"/> 支給します <input type="checkbox"/> 支給しません
決定内容	支給開始	年 月分から
	支給額の算出方法	<input type="checkbox"/> 最も経済的かつ合理的と認められる通常の経路及び方法により通所に要した運賃（その額が定期券による額と比較して高額となる場合は、定期券の額） ①月額運賃 円×2（往復）×実通所日数 ②定期券の額 円（1か月分） （①又は②のうちのいずれか低い額） <input type="checkbox"/> 自家用自動車等による通所交通費助成額 1日 円（片道 km）
	通所者負担	上記の支給額の月々の1割は通所者負担です。 （ただし、割引運賃となるバスなどを利用している場合は2割の負担となります。） （10円未満の端数は切捨てとなります。）

問い合わせ先

第3号様式（第7条関係）

伊勢原市障害者通所交通費助成請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

通所者 住所 伊勢原市

氏名 ㊟

電話

次のとおり通所したので、伊勢原市障害者通所交通費助成請求をします。

年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	
年	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	計	日	

年 月 日

上記のとおり通所したことを証明します。
また、当施設は、通所にかかる交通費の助成を行っていません。

施設名（通所先）

代表者 ㊟

第4号様式（第9条関係）

伊勢原市障害者通所交通費変更届

年 月 日

伊勢原市長 殿

届出者 住所

氏名

電話

伊勢原市障害者通所交通費助成要綱第9条の規定に基づき次のとおり届出します。

変更理由	変更前		変更後	
<input type="checkbox"/> 通所方法の変更	通所経路 電車・バス別 片道運賃 1か月定期券の額	～ ～ 円 円	通所経路 電車・バス別 片道運賃 1か月定期券の額	～ ～ 円 円
<input type="checkbox"/> 転出・転居				
<input type="checkbox"/> 氏名変更				
<input type="checkbox"/> 振込先変更	金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 農協 支店 支所		
	口座番号	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号	
	ふりがな 口座名義人			
<input type="checkbox"/> その他				
<input type="checkbox"/> 廃止	年 月 日			
変更・廃止 事由発生年月日	年 月 日			

備考