

伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用助成要綱

(目的)

第1条 この要綱は、在宅の重度障害者が日常生活を容易に行うためにタクシーを利用する場合、その費用の一部を助成することにより障害者福祉の増進を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、市内に住所を有する者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項に規定する身体障害者手帳を所持する者で、身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5号に規定する1級又は2級に該当するもの（聴覚障害に係る者は除く。）
- (2) 児童福祉法（昭和22年法律第164号）第12条に規定する児童相談所又は知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第12条に規定する知的障害者更生相談所において知能指数が35以下と判定された者又は療育手帳A1若しくはA2の交付を受けている者
- (3) 特定疾患治療研究事業実施要綱（昭和48年4月17日厚生省衛生発第242号公衆衛生局長通知）による対象疾患にり患している者
- (4) 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第7条第4項に規定する医療受給者証を所持している者
- (5) 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第45条第2項に規定する精神障害者保健福祉手帳を所持する者で、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行令（昭和25年政令第155号）第6条第3項の表に規定する障害等級が1級に該当するもの

2 前項の規定にかかわらず、伊勢原市障害者自動車燃料費助成要綱（昭和55年伊勢原市告示第19号）による助成を受けている者及び社会福祉法（昭和26年法律第45号）第2条第2項第1号から第6号に規定する施設及び同条第3項第4号の2に規定する福祉ホームに入所している者については適用しない。

(申請)

第3条 重度障害者福祉タクシー（以下「福祉タクシー」という。）利用助成を受けようとする者は、身体障害者手帳、療育手帳、特定疾患医療証、特定医療費（指定難病）医療受給者証又は精神障害者保健福祉手帳を添えて、伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用券交付申請書兼受領書（第1号様式）により、市長に申請しなければならない。

2 前条に規定する対象者のうち、血液透析療法のための通院をしている者は、特定疾病療養受療証又は当該医療機関が発行した血液透析療法を確認できる書類を添えて、伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用券交付申請書兼受領書により、市長に申請しなければならない。

3 翌年度の4月に利用の助成を受けようとする者は、伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用券交付申請書（第2号様式）により、当該年度の1月10日以降に市長へ申請することができる。

(交付)

第4条 市長は、前条第1項の申請に基づき、対象者に該当すると認めた者（以下「利用者」という。）に対し、伊勢原市福祉タクシー利用券（以下「利用券」という。）を申請のあった日の属する月から福祉タクシー利用券交付基準（別表第1）により交付する。

2 市長は、前条第2項の申請に基づき、利用者に対し、利用券を申請のあった日の属する月から福祉タクシー利用券交付基準（血液透析用）（別表第2）により交付する。

3 市長は、前条第3項の申請に基づき、利用者に対し、利用券を交付する場合は、福祉タクシー利用券交付基準の4月分を交付する。

(利用の方法)

第5条 利用券は、第12条の規定により協定を締結したタクシー事業者に対して使用することができる。

2 利用者は、前項のタクシー事業者のタクシーを利用するときは、利用券を運転手に提出しなければならない。

3 利用者は、タクシー料金の一部として利用券に記載してある金額を料金として使用し、利用券を超える額については、負担しなければならない。

(助成額)

第6条 助成額は、利用券に記載された額とする。ただし、タクシー料金が助成額未満の場合はその額とする。

(利用券の有効期間)

第7条 利用券の有効期間は、交付した日の属する年度の末日とする。

(届出義務)

第8条 利用券の交付を受けた者が第2条の対象者でなくなったときは、速やかに届け出るとともに、当該利用券を返還しなければならない。

(利用券使用上の制限)

第9条 利用者は、次に掲げる行為をしてはならない。

(1) この要綱の目的に反して利用券を使用すること。

(2) 第5条に反して利用券を使用すること。

(3) 利用券を第三者に譲渡すること。

2 市長は、利用者が前項の行為をしたときは、利用者からその利用券相当額を返還させるとともに、利用券を失効し、返還を命じることができる。

3 市長は、前項の規定により利用券の返還を命じられた者に対し、当該返還させるに至った日以降の利用券の交付を停止することができる。

(助成金の返還)

第10条 市長は、利用者が偽りその他の不正手段により助成を受けたときは、その者から当該助成金を返還させることができる。

(交付台帳)

第11条 市長は、利用券の交付状況を明らかにするため、利用券交付台帳を備えるものとする。

(協定書)

第12条 市長は、福祉タクシー利用助成事業を理解するタクシー事業者との間に、福祉

タクシー利用協定を締結するものとする。

(助成金の支払)

第13条 前条の協定を締結したタクシー事業者は毎月10日までに前月分の利用券をとりまとめ、市長の定める方法により請求するものとする。

2 市長は、前項の請求があったときは、その日から30日以内に支払うものとする。

(委任)

第14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

この告示は、昭和59年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、平成3年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、平成5年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、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 (平成24年6月5日告示第104号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則 (平成25年3月15日告示第25号)

(施行期日)

1 この告示は、平成25年4月1日から施行する。

(準備行為)

2 市長は、この告示の施行の前日においても、必要な業務を行うことができる。

附 則 (平成27年3月31日告示第47号)

(施行期日)

1 この告示は、平成27年4月1日から施行する。

(準備行為)

2 市長は、この告示の施行の前日においても、利用券の交付に関し必要な準備行為を行うことができる。

別表第 1（第 4 条関係）

福祉タクシー利用券交付基準

申請の あった 日の属 する月	交付する利用券	
	500円券	100円券
4月	48枚	30枚
5月	44枚	28枚
6月	40枚	25枚
7月	36枚	23枚
8月	32枚	20枚
9月	28枚	18枚
10月	23枚	20枚
11月	19枚	18枚
12月	14枚	20枚
1月	10枚	18枚
2月	5枚	20枚
3月	1枚	18枚

別表第2（第4条関係）

福祉タクシー利用券交付基準（血液透析用）

申請の あった 日の属 する月	交付する利用券	
	500円券	100円券
4月	72枚	30枚
5月	66枚	28枚
6月	60枚	25枚
7月	54枚	23枚
8月	48枚	20枚
9月	42枚	18枚
10月	35枚	20枚
11月	29枚	18枚
12月	22枚	20枚
1月	16枚	18枚
2月	9枚	20枚
3月	3枚	18枚

第1号様式（第3条関係）

伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用券交付申請書兼受領書

年 月 日

伊勢原市長 殿

伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用助成要綱第3条第1項及び第2項の規定により、交付を受けたいので申請します。

申請者 住 所 伊勢原市

氏 名 (印)

電 話

対象者	ふりがな	-----		生年月日	年 月 日生
	氏名				
身体障害者手帳	都・道・府・県(市)		第 号	手帳交付年月日	年 月 日
	等級	級			
	血液透析添付書類	<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証（又は医療機関発行書類）の写し			
療育手帳	都・道・府・県(市)		第 号	手帳交付年月日	年 月 日
				判定	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2
難病	(受給者番号)			<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証の写し <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）医療受給者証の写し	
精神障害者 保健福祉手帳	都・道・府・県(市)		第 号	手帳交付年月日	年 月 日
				有効期限	年 月 日
	等級	級			

※ 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名をしてください。
伊勢原市福祉タクシー利用券NO _____（500円券 枚・100円券 枚）について受領いたしました。

氏 名 _____ (印)

第2号様式（第3条関係）

伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用券交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

伊勢原市重度障害者福祉タクシー利用助成要綱第3条第3項の規定により、交付を受けたいので申請します。

申請者 住 所 伊勢原市

氏 名 Ⓜ

電 話

対象者	ふりがな 氏 名	-----		生年月日	年 月 日生
	身体障害者手帳	都・道・府・県(市) 第 号		手帳交付 年月日	年 月 日
等 級		級			
血液透析添付書類		<input type="checkbox"/> 特定疾病療養受療証（又は医療機関発行書類）の写し			
療育手帳	都・道・府・県(市) 第 号		手帳交付 年月日	年 月 日	
			判 定	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	
難 病	(受給者番号)		<input type="checkbox"/> 特定疾患医療受給者証の写し <input type="checkbox"/> 特定医療費（指定難病）医療受給者証の写し		
精神障害者 保健福祉手帳	都・道・府・県(市) 第 号		手帳交付 年月日	年 月 日	
			有効期限	年 月 日	
	等 級	級			

※ 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名をしてください。