

08東彼杵町告示第86号

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱をここに告示する。

令和8年8月7日

東彼杵町長 岡田 伊一郎

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、在宅で生活する医療的ケア児の看護及び介護（以下「看護等」という。）を行う保護者の負担軽減を図るために実施する東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業（以下「事業」という。）の実施に関し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「医療的ケア」とは、人工呼吸器管理、痰吸引、経管栄養等の日常生活に不可欠な支援をいう。

2 この要綱において「医療的ケア児」とは、次の要件の全てに該当する者をいう。

- (1) 町内に住所を有すること。
- (2) 0歳から18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある者であること。
- (3) 保護者による看護等を受けて在宅で生活していること。
- (4) 医師の訪問看護指示書（保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）第19条の4第1項の規定に基づく訪問看護指示書をいう。）による医療的ケアを必要としていること。
- (5) 訪問看護（健康保険法（大正11年法律第70号）第88条第1項に規定する訪問看護をいう。）により医療的ケアを受けていること。

3 この要綱において「保護者」とは、医療的ケア児と同居する者であつて、現に当該医療的ケア児の看護等を行っていると町長が認めた者をいう。

(助成対象者及び委任)

第3条 助成の対象となる者（以下「助成対象者」という。）は、医療的ケア児の保護者とし、助成対象者は、指定訪問看護ステーションの代表者を代理人として助成金に係る請求及び受領に関する権限を委任しなければならない。

(助成の対象となる費用)

第4条 助成の対象となる費用（以下「助成対象費用」という。）は、助成対象者が利用する指定訪問看護ステーション（以下「利用訪問看護ステーション」という。）が在宅の医療的ケア児に対し、保護者に代わって行う看護等（健康保険法第88条第1項に規定する訪問看護療養費の適用の対象となる訪問看護を除く。以下、「助成対象訪問看護」という。）に係る費用とする。

(助成額)

第5条 助成金の額は、前条に規定する費用に相当する額とする。この場合において、当該費用については、助成対象訪問看護0.5時間につき3,750円を上限とする。

2 助成対象訪問看護の利用の利用時間は、1月ごとに算出するものとし、その月の利用日における利用時間を合算して得た時間とする。この場合において、0.5時間未満の端数を生じた場合は、当該端数を切り捨てるものとする。

3 医療的ケア児1人に係る助成対象訪問看護の利用時間の上限は、1会計年度当たり96時間とする。ただし、年度途中で新たに助成の決定を受けた者に係る当該会計年度における利用時間の上限は、利用を開始する月から、当該会計年度の末日までの月数に8時間に乗じて得た金額とする。

(申請の手続)

第6条 助成を受けようとする助成対象者は、利用訪問看護ステーションを経由して、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用(変更)申請書(様式第1号)に次に掲げる書類を添付して、町長に提出しなければならない。

(1) 医師の訪問看護指示書の写し

(2) 助成対象者と利用訪問看護ステーションとの間で締結された訪問看護の利用に係る契約書の写し又は助成対象者が利用訪問看護ステーションを利用していることが分かる書類

2 町長は、前項の申請書を受理したときは、当該申請に係る医療的ケア児の心身の状態及び世帯の状況等を調査し、助成の可否を決定後、利用訪問看護ステーションを経由して助成対象者に対し、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用決定(却下)通知書(様式第2号)により通知するものとする。

3 町長は、医療的ケア児が利用訪問看護ステーションから助成対象訪問看護を受けたときは、助成対象者が当該利用訪問看護ステーションに支払うべき助成対象訪問看護に要した費用について、助成対象者に代わり当該利用訪問看護ステーションに支払うものとする。

4 前項の規定による支払があったときは、助成対象者に対し助成金を交付したものとみなす。

(決定の取消し)

第7条 町長は、次の各号のいずれかに該当するときは、助成の決定を取り消すものとする。

(1) 当該決定に係る医療的ケア児が、第2条第2項各号に規定する要件に該当しな

なくなったとき。

(2) 当該決定に係る医療的ケア児が死亡したとき。

(3) 助成対象者が、医療的ケア児の保護者でなくなったとき。

(4) 助成対象者が、偽りその他不正の申請により助成の決定を受けたと認められるとき。

(5) 助成対象者から、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用辞退届（様式第3号）が提出されたとき。

(6) その他町長が助成を不相当と認めたとき。

2 町長は、前項の規定により助成の決定を取り消したときは、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用決定取消通知書（様式第4号）により助成対象者に、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用決定取消通知書（様式第5号）により利用訪問看護ステーションに、それぞれ通知するものとする。

（助成対象期間）

第8条 助成の対象となる期間は、助成の決定をした日から、当該日の属する町の会計年度の末日までとする。

（助成金の請求、実績報告等）

第9条 利用訪問看護ステーションは、助成金の交付の請求をするときは、助成対象訪問看護を実施した月の翌月10日までに、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業助成金交付請求書（様式第6号）に東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実績報告書（様式第7号）を添えて町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の請求書を受理したときは、助成金の額を決定し、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業助成金交付決定通知（様式第8号）により助成対象者及び利用訪問看護ステーションに通知するものとし、当該利用訪問看護ステーションに対し助成金を交付するものとする。

（助成金の返還）

第10条 町長は、利用訪問看護ステーションが偽りその他の不正な手段により助成金の交付を受けたと認められるときは、当該利用訪問看護ステーションに助成金の全額又は一部を返還させるものとする。

附 則

この要綱は、令和8年10月1日から施行する。

様式第 1 号（第 6 条関係）

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用（変更）申請書

年 月 日

東彼杵町長 様

申請者 住 所
氏 名
電 話

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業を利用したいので、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱第 6 条及び第 9 条の規定による申請、実績報告、請求及び受領に関する一切の権限について指定訪問看護ステーションに委任します。

利用申請 に 係 る 医 療 的 ケ ア 児	フリガナ			
	氏 名		生 年 月 日	年 月 日
	医療的ケア の 状 況	経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部（気管カニューレ） 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他（ ）		
利用す る指定 訪問看 護ステ ーショ ン	名 称			
	所 在 地	〒 ー		
	電話番号		F A X 番号	
変 更 理 由				

この申請に係る上記申請者（委任者）の助成に関する一切の権限について、受任することに同意します。

年 月 日

（受任者）所 在 地：

事業所名：

代 表 者：

備考 「変更理由」欄は、変更の場合のみ記載してください。

様式第2号（第6条関係）

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用決定（却下）通知書

第 号
年 月 日

様

東彼杵町長

年 月 日付で申請のあった東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業の利用について、次のとおり利用を決定（却下）したので、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱第6条第2項の規定により通知します。

1. 決 定

助 成 対 象 者	
利用に係る医療的 ケア児氏名	
決 定 年 月 日	年 月 日
利 用 期 間	年 月 日 から 年3月31日まで
利 用 時 間	（1）1会計年度当たり96時間を限度とする（ただし、年度途中の新規申請においては、利用期間の月数に8時間を乗じた時間を上限とする）。 （2）複数の指定訪問看護ステーションによる助成対象となる訪問看護を利用する場合においても、利用限度時間は（1）のとおりとする。
利用訪問看護 ステーション	

2. 却 下

理 由

様式第3号（第7条関係）

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用辞退届

年 月 日

東彼杵町長 様

届出者 住 所
氏 名
電 話

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業の利用を辞退しますので届け出ます。

辞退の理由

様式第4号（第7条関係）

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用決定取消通知書
（助成対象者用）

第 号
年 月 日

様

東彼杵町長

年 月 日付で決定した東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業の利用について、
利用の決定を次のとおり取り消したので、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱第
7条第2項の規定により通知します。

取消決定者 氏名	
利用決定に 係る医療的 ケア児氏名	
利用決定取 消日	年 月 日
取 消 理 由	

様式第 5 号（第 7 条関係）

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業利用決定取消通知書
（利用訪問看護ステーション用）

第 号
年 月 日

様

東彼杵町長

年 月 日付で決定した東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業の利用について、利用の決定を次のとおり取り消したので、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱第 7 条第 2 項の規定により通知します。

取消決定者氏名	
利用決定に係る 医療的ケア児氏名	
利用決定取消日	年 月 日

様式第6号（第9条関係）

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業助成金交付請求書

年 月 日

東彼杵町長 様

請求者 住 所
名 称
代表者名
電 話

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業助成金の交付を請求します。

1 振込先

振込 口座	金 融 機 関 名	銀行・信用金庫 信用組合・農協		本店・支店 出張所
	預 金 種 目	普通・当座	口座番号	
	ゆうちょ銀行	記号	番号	
	フ リ ガ ナ			
	口 座 名 義 人			

2 請求の内容

助成対象訪問看護 実 施 月	年 月
請 求 額	円

3 請求の内訳

NO	医療的ケア児氏名	実施回数	助成金算定時間 (A)	助成金 (A) × 7, 5 0 0 円
1		回	時間	円
2		回	時間	円
3		回	時間	円
			助成金合計	円

※ 0.5時間未満の端数は切り捨て

様式第7号（第9条関係）

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実績報告書

年 月 日

東彼杵町長 様

報告者 住 所
名 称
代表者名

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業について、次のとおり助成対象訪問看護を実施しましたので、東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業実施要綱第9条第1項の規定により報告します。

助成対象訪問看護 実 施 月	年 月						
助 成 対 象 者 氏 名							
利 用 に 係 る 医療的ケア児氏名							
月 初 年 度 累 計 利 用 時 間 ※1					時間		
日 付	助成対象訪問看護実施時間 ※2			助 成 金 ※3 算定時間	利用者 確認印	事業者 確認印	備 考
	開 始 時 間	終 了 時 間	実 施 時 間				
日	:	:	:	:			
日	:	:	:	:			
日	:	:	:	:			
日	:	:	:	:			
助 成 金 算 定 時 間 合 計				時間			

※1 助成対象訪問看護実施月の前月までの今年度の助成対象訪問看護利用累計時間（他の指定訪問看護ステーション利用分を含む。）を記載してください。

※2 健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間は除いてください。

※3 助成金算定時間合計は、0.5時間単位（0.5時間未満切捨て）で記載してください。

様式第 8 号（第 9 条関係）

東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業助成金交付決定通知書

第 号
年 月 日

様

東彼杵町長

年 月 日付で請求のあった東彼杵町医療的ケア児訪問型レスパイト助成事業
助成金の交付について、次のとおり決定しましたので、東彼杵町医療的ケア児訪問型レス
パイト助成事業実施要綱第 9 条第 2 項の規定により通知します。

助成対象訪問看護 実 施 月	年 月
支給決定額	円