

# 鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業）実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、鳥取県障がい児者在宅生活支援事業補助金交付要綱（平成15年11月28日付障第1145号鳥取県知事通知）の別表第1欄に掲げる鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業のうち、要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業（以下「本事業」という。）について、必要な事項を定めるものとする。

（目的）

第2条 本事業は、指定児童発達支援事業所若しくは基準該当児童発達支援事業所（以下「指定児童発達支援事業所等」という。）、指定放課後等デイサービス事業所若しくは基準該当放課後等デイサービス事業所（以下「指定放課後等デイサービス事業所等」という。）、指定生活介護事業所若しくは基準該当生活介護事業所（以下「指定生活介護事業所等」という。）、指定就労継続支援B型事業所、又は日中一時支援事業所が、日常的に医療行為の必要な障がい児者（以下「要医療障がい児者」という。）を受け入れるために看護職員（保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）第2条に定める保健師、同法第3条に定める助産師、同法第5条に定める看護師又は同法第6条に定める准看護師をいう。以下同じ。）又は理学療法士等（理学療法士及び作業療法士法（昭和40年法律第137号）第2条に定める理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士法（平成9年法律132号）第2条に定める言語聴覚士をいう。以下「医療専門職」という。）を配置し、その受入に必要な医療機器を購入する場合に必要な経費を助成し、要医療障がい児者の日中活動の場を確保することを目的とする。

（実施主体）

第3条 本事業の実施主体は、市町村とする。

（事業主体）

第4条 本事業の事業主体は、要医療障がい児者が利用又は今後確実に利用する見込みがあり、かつ、看護職員又は医療専門職を配置し吸引等の医療行為やリハビリテーションを実施することが可能な県内に所在する指定児童発達支援事業所等、指定放課後等デイサービス事業所等、指定生活介護事業所等、指定就労継続支援B型事業所又は日中一時支援事業所とする。ただし、次の各号のいずれかに該当する事業所は、事業主体になることができない。

- （1） 国、県又は市町村が設置又は運営する事業所
- （2） 医療機関が設置又は運営している事業所
- （3） 宗教活動や政治活動を主たる目的とする団体が設置又は運営する事業所
- （4） 暴力団若しくは暴力団員又はこれらの者と密接な関係を有する団体が設置又は運営する事業所
- （5） 過去に2回本補助金の交付を受けた事業所

（本事業の対象となる医療機器）

第5条 本事業の対象となる医療機器は、別表のとおりとする。

（利用申請）

第6条 本事業の利用申請は、事業主体が利用申請書（様式第1号）を事業主体の所在する市町村に提出して行うものとする。

（利用決定）

第7条 市町村は、前条の利用申請があった場合には、利用の適否を決定し、利用決定通知書（様式第2号）により申請者に対して通知するものとする。

（利用料の請求と支払）

第8条 前条で利用決定を受けた申請者（以下「利用決定事業者」という。）は、申請書に基づいた医療機器の購入経費について本事業の対象となる経費を全額支払うものとする。

2 利用決定事業者は、医療機器の購入経費の支払いがわかる納品書、請求書、領収書の写し及び購入した医療機器と購入した医療機器の使用時の写真2種を添付し、請求書（様式第3号）により利用決定事業者の所在する市町村に請求するものとする。ただし、本事業の助成対象となる経費は、新たに購入した備品に係る経費に限り、運搬、設置等に係る経費は助成対象外とする。

3 市町村は、利用決定事業者から請求があった場合には、提出された請求の内容を審査の上、利用決定事業者に対して支払うものとする。

4 市町村は、利用決定事業者の提供する第4条第1項各号に規定するサービスの利用者が複数の市町村に居住する場合には、利用決定事業者に対する支払いに関して、該当する他の市町村と調整を行うものとする。

（その他）

第9条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は福祉保健部長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成26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。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この改正は、平成31年4月1日から施行する。

別表（第5条関係）

本事業の対象となる医療機器

吸引器、パルスオキシメーター、エアマットレス等の褥瘡予防用具、特殊寝台、体位変換器、移動補助用具（歩行器・杖・車いす・電動車いす（電動カートを含む））、移動用リフト（スリングシートを含む）、姿勢保持具、各種検査機器（呼吸機能、ストレス度、身体計測器、座圧計測器、知能・発達検査機器等）、感覚統合遊具\*（スヌーズレン用品含む）

\*感覚統合遊具（スヌーズレン用品）に関しては専門性を有する職員を配置する事業所のみ対象とする。

（あて先）〇〇市（町村）長 様

住 所  
 申請者 事業所名  
 代 表 者 職 氏 名 印

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業）利用申請書

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業）実施要綱（平成26年3月25日付第201300199315号鳥取県福祉保健部長通知）第6条の規定により、次のとおり申請します。

1 医療機器の購入計画

(1) 事業所名、住所等

|             |   |
|-------------|---|
| 事業所番号       |   |
| 事業所名        |   |
| 事業主体<br>住 所 |   |
| サービス種別      | 児童発達支援センター 児童発達支援（指定・基準該当）<br>放課後等デイサービス（指定・基準該当）<br>生活介護（指定・基準該当）<br>指定就労継続支援B型事業所 日中一時支援事業所 |

(2) 現在備えている医療機器の配置状況

| 医療機器の名称 | 配置台数 | 医療機器対象使用者数 |
|---------|------|------------|
|         | 台    | 人          |
|         | 台    | 人          |
|         | 台    | 人          |
|         | 台    | 人          |
|         | 台    | 人          |

(3) 現在、配置されている看護師等又は理学療法士等の状況

| 看護職員又は理学療法士等の氏名 | 配置時間             |
|-----------------|------------------|
|                 | 時 分 ～ 時 分（ 日 /週） |
|                 | 時 分 ～ 時 分（ 日 /週） |
|                 | 時 分 ～ 時 分（ 日 /週） |

(4) 購入予定としている医療機器について

|   | 医療機器の名称 | 購入予定金額 | 購入予定台数 | 医療機器対象使用者数 |
|---|---------|--------|--------|------------|
| 1 |         | 円      | 台      | 人          |
| 2 |         | 円      | 台      | 人          |
| 3 |         | 円      | 台      | 人          |
| 4 |         | 円      | 台      | 人          |
| 5 |         | 円      | 台      | 人          |

(5) 申請額

円

(6) 購入希望理由

|   | 医療機器の名称 | 購入希望理由 |
|---|---------|--------|
| 1 |         |        |
| 2 |         |        |
| 3 |         |        |
| 4 |         |        |
| 5 |         |        |

2 医療機器購入前後における、要医療障がい児者の利用予定者数

(予定がある場合)

購入前人数 人 → 購入後予定人数 人

備考

- 1 申請は事業所ごとに行うこと
- 2 購入予定医療機器の見積書、パンフレット等の写しを添付すること

番 号  
年 月 日

## 利 用 決 定 通 知 書

〇〇〇〇 様

職 氏 名

印

平成 年 月 日付けで申請のあった鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業）については、下記のとおり決定しましたので、鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（重症心身障がい児者等受入事業所医療機器購入助成事業）実施要綱（平成 26 年 3 月 25 日付第 201300199315 号鳥取県福祉保健部長通知）第 7 条の規定により通知します。

## 記

|        |   |
|--------|---|
| 事業所番号  |   |
| 事業所名   |   |
| 住 所    |   |
| サービス種別 | 児童発達支援センター 児童発達支援（指定・基準該当）<br>放課後等デイサービス（指定・基準該当）<br>生活介護（指定・基準該当）<br>指定就労継続支援 B 型事業所 日中一時支援事業所 |

| 医療機器の名称 | 交付決定金額 | 購入予定台数 |
|---------|--------|--------|
|         |        |        |
|         |        |        |
|         |        |        |
|         |        |        |
|         |        |        |
|         |        |        |
| 【合計金額】  | 円      | \      |

〈問い合わせ先〉

〇〇市（町村）〇〇〇課  
住 所  
電話番号

様式第3号（第8条関係）

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業）請求書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

住 所  
請求者 事業所名  
代 表 者 職 氏 名

印

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（要医療障がい児者受入事業所医療機器購入助成事業）実施要綱（平成26年3月25日付第201300199315号鳥取県福祉保健部長通知）第8条第2項の規定により、下記のとおり関係書類を添えて請求します。

記

1 請求額

円

2 医療機器購入実績

(1) 事業所名、住所等

|        |   |
|--------|---|
| 事業所番号  |   |
| 事業所名   |   |
| 住 所    |   |
| サービス種別 | 児童発達支援センター 児童発達支援（指定・基準該当）<br>放課後等デイサービス（指定・基準該当）<br>生活介護（指定・基準該当）<br>指定就労継続支援B型事業所 日中一時支援事業所 |

(2) 新たに購入した医療機器について

| 医療機器の名称 | 単価 | 購入台数 | 購入医療機器の金額 |
|---------|----|------|-----------|
|         | 円  |      | 円         |
|         | 円  |      | 円         |
|         | 円  |      | 円         |
|         | 円  |      | 円         |
|         | 円  |      | 円         |
|         |    | 合計   | 円         |

備考

- 1 請求は事業所ごとに行うこと
- 2 新たに購入した医療機器の支払いがわかる納品書、請求書及び領収書の写しを添付すること
- 3 購入医療機器と購入医療機器使用時の写真を添付すること
- 4 感覚統合遊具の購入の場合は、専門性を有する職員が配置されていることを証明できる書類の写しを添付すること