

佐久市障害者（児）通所費助成事業実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、障害者及び障害児の保護者の経済的負担を軽減し、障害者の自立と社会参加の促進及び福祉の増進を図ることを目的として、障害福祉サービス事業所（以下「事業所」という。）の通所に要する経費（以下「通所費」という。）の一部を予算の範囲内で助成することについて、佐久市補助金等交付規則（平成17年佐久市規則第40号）に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

（助成の対象者）

第2条 通所費助成の対象者は、本市に住所を有する者であって、次に掲げる事業所に通所する者又はその保護者とする。

- （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条第1項に規定する障害福祉サービスのうち、次に掲げるサービスを行う事業所
 - ア 生活介護
 - イ 自立訓練
 - ウ 就労移行支援
 - エ 就労継続支援
- （2）法第5条第27項に規定する地域活動支援センターのうち、佐久市地域活動支援センター条例（平成17年佐久市条例第94号）第2条に規定する佐久市地域活動支援センター
- （3）児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条の2の2第1項に規定する障害児通所支援のうち、次に掲げるサービスを行う事業所
 - ア 児童発達支援
 - イ 放課後等デイサービス

（対象経費及び助成額）

第3条 助成金の対象となる経費は、前条各号に掲げる事業所に通所するために要する交通費とし、その支給額は次の各号に掲げる通所の区分に応じ、当該各号に定める額とする。

- (1) 公共交通機関を利用している者 その月に係る運賃の2分の1以内の額とし、月額5,000円を上限とする。
 - (2) 通所距離が片道2キロメートル以上で、月に10日以上自家用車を利用して通所している者 次の区分に応じ、当該区分に定める額
 - ア 往復を自家用車で通所する日が10日以上のもので 月額2,000円
 - イ 往復を自家用車で通所する日が10日未満のもので 月額1,000円
 - (3) 通所距離が片道2キロメートル以上で、月に10日以上自動二輪車及び原動機付自転車を利用して通所している者 次の区分に応じ、当該区分に定める額
 - ア 往復を自動二輪車及び原動機付自転車で通所する日が10日以上のもので 月額1,000円
 - イ 往復を自動二輪車及び原動機付自転車で通所する日が10日未満のもので 月額500円
- 2 前項の規定により算出した助成金の額に1円未満の端数が生じたときは、これを切り捨てるものとする。

(助成金の交付申請)

第4条 通所費助成金の交付を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、佐久市障害者（児）通所費助成金交付申請書（様式第1号）に、次に掲げる書類を添付して、市長に提出するものとする。

- (1) 経費の支出を証する書類（公共交通機関の領収書、定期券の写し等）
- (2) 通所証明書（様式第2号）
- (3) 前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

(助成金の交付決定及び確定)

第5条 市長は、前条の規定による申請書の提出があったときは、当該申請書の内容を審査し、助成金の交付の可否及び助成金の額を決定し、及び確定し、佐久市障害者（児）通所費助成金交付決定通知書兼確定通知書（様式第3号）により、申請者に通知するものとする。

(助成金の請求)

第6条 前条の規定により助成金の交付決定を受けた者が助成金の交付を受けようとするときは、佐久市障害者(児)通所費助成金請求書(様式第4号)を市長に提出するものとする。

(助成金交付の取消し及び返還)

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたと認めるときは、助成金の交付決定を取り消し、既に助成金が交付されているときは、その助成金の全部又は一部を返還させることができる。

(その他)

第8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

(施行期日)

1 この要綱は、令和7年7月1日から施行する。

(この要綱の失効)

2 この要綱は、令和12年3月31日限り、その効力を失う。

様式第1号（第4条関係）

佐久市障害者（児）通所費助成金交付申請書

年 月 日

（申請先）佐久市長

申請者 住所
氏名
電話番号

佐久市障害者（児）通所費助成事業実施要綱の規定に基づき、通所費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

通所者住所	佐久市		
通所者氏名	生年月日	年 月 日	
	申請者との続柄		
手帳等	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> その他（特児受給者等）	手帳等番号	
手帳等級		交付年月日	
通所先事業所名			
通所の交通手段 ※該当の通所方法に☑してください。 ※複数の交通手段を利用の場合は、該当するもの全て記入してください。	<input type="checkbox"/> 電車（ 駅～ 駅）（片道運賃 円） <input type="checkbox"/> バス（ ～ ）（片道運賃 円） <input type="checkbox"/> デマンド交通（ ～ ）（片道運賃 円） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 自家用車（ ～ ）（片道 km） ※自宅等から事業所又は送迎場所までの距離 <input type="checkbox"/> 自動二輪車及び原動機付自転車 （ ～ ）（片道 km） ※自宅等から事業所又は送迎場所までの距離		

- 注意事項
- ・公共交通機関（電車・バス・デマンド交通）を利用の場合は、各手帳制度割引後の額を記入してください。
 - ・通所先事業所による送迎サービス等を受けている場合は除きます。
 - ・タクシー利用は、公共交通機関・自家用車等の利用が不可能である者に限ります。

- 添付書類
- （1）経費の支出を証する書類（公共交通機関の領収書、定期券の写し等）
 - （2）通所証明書（様式第2号）
 - （3）前2号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類

様式第2号（第4条関係）

通所証明書

通所月 年 月分

通所者名																		通所日の合計
（記入方法） ①通所した日付に○ ②日付の下欄に通所方法を記入	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	行き																	
	帰り																	
	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	行き																	
	帰り																	
																	日	

通所月 年 月分

通所者名																		通所日の合計
（記入方法） ①通所した日付に○ ②日付の下欄に通所方法を記入	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	行き																	
	帰り																	
	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	行き																	
	帰り																	
																	日	

通所月 年 月分

通所者名																		通所日の合計
（記入方法） ①通所した日付に○ ②日付の下欄に通所方法を記入	日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
	行き																	
	帰り																	
	日	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
	行き																	
	帰り																	
																	日	

佐久市長 様

上記のとおり通所したことを証明します。

年 月 日

事業所の名称：

事業所長：

様式第3号（第5条関係）

佐久市障害者（児）通所費助成金交付決定通知書兼確定通知書

第 年 月 日 号

様

佐久市長



年 月 日付けで申請のあった佐久市障害者（児）通所費助成金については、次のとおり交付を決定し、助成金の額を確定したので通知します。

助成対象者													
助成対象者住所	佐久市												
通所先事業所		通所方法											
対象月	年 月分	から	年 月分まで										
助成金額	円												
備考	<p>（助成金の手続き） 区分に従い、請求書提出期限までに佐久市障害者（児）通所費助成金請求書（様式第4号）を提出してください。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分（通所月）</th> <th>請求書提出期限</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4月から6月まで</td> <td>7月末日まで</td> </tr> <tr> <td>7月から9月まで</td> <td>10月末日まで</td> </tr> <tr> <td>10月から12月まで</td> <td>1月末日まで</td> </tr> <tr> <td>1月から3月まで</td> <td>4月末日まで</td> </tr> </tbody> </table>			区分（通所月）	請求書提出期限	4月から6月まで	7月末日まで	7月から9月まで	10月末日まで	10月から12月まで	1月末日まで	1月から3月まで	4月末日まで
区分（通所月）	請求書提出期限												
4月から6月まで	7月末日まで												
7月から9月まで	10月末日まで												
10月から12月まで	1月末日まで												
1月から3月まで	4月末日まで												

様式第4号（第6条関係）

佐久市障害者（児）通所費助成金請求書

年 月 日

（請求先）佐久市長

請求者 住所
氏名
電話番号

年 月 日付で交付決定及び確定通知のあった佐久市障害者（児）通所費助成金を次のとおり請求します。

1 請求額 _____ 円

2 対象月 年 月分 ~ 年 月分

3 請求内訳

月別	通所費	請求金額
月分	円	円
月分	円	円
月分	円	円
請求金額 合計		円

4 振込先

金融機関名							
支店名							
口座種別	普通 ・ 当座						
口座番号							
フリガナ							
口座名義人							

※振込先は、通所者本人又は請求者本人としてください。