

上野原市告示第27号

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業実施要綱を次のように定める。

令和8年3月18日

上野原市長 村上 信行

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、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（平成17年法律第123号）第77条第3項第3号の規定に基づき、訪問入浴サービス事業（以下「事業」という。）を実施することにより、家庭において入浴が困難な身体障害者に対し、移動訪問入浴車による入浴の機会の提供を図り、もって身体障害者の地域生活支援に資することを目的とする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、上野原市とする。

2 市長は、この事業の全部又は一部を適切な事業運営を行うことができると認める社会福祉法人等（以下「事業者」という。）に委託することができる。

(利用対象者)

第3条 この事業を利用することができる対象者は、市内に住所を有する身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第4項に規定する手帳の交付を受けた者であって、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号身体障害者障害程度等級表に規定する1級又は2級に該当する肢体不自由者で、次の各号のいずれにも該当するものとする。

(1) 家庭において家族のみでは入浴させることが困難な者

- (2) 医師が訪問入浴の利用に関し利用可能と認める者
- (3) 通所による入浴サービスの利用が困難であり、当該事業の利用を図らなければ、入浴が困難な者
(対象除外)

第4条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、利用対象者とししないものとする。

- (1) 社会福祉施設に入所している者
- (2) 医療機関等に入院している者
- (3) 感染症等にかかり他人に感染させるおそれがある者
- (4) 介護保険法（平成9年法律第123号）第19条第1項の規定による要介護認定又は同条第2項の規定による要支援認定を受けている者
- (5) その他訪問入浴サービスの利用が適当でない者と認められる者

(利用の申請)

第5条 この事業を利用しようとする者又は保護者（以下次条において「申請者」という。）は、上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用登録（更新）申請書（様式第1号）に次の必要な書類を添えて、福祉事務所長（以下「所長」という。）に提出するものとする。

- (1) 上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用者医師意見書（様式第2号）
- (2) 上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用者生活状況書（様式第3号）
- (3) 身体障害者手帳の写し
- (4) その他市長が必要と認める書類

(利用の決定等)

第6条 所長は、前条に規定する申請があったときは、速やかに内容を審査し、利用の可否を決定し、上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用決定（却下）通知書（様式第4号）を申請者に通知するものとする。

- 2 所長は、利用決定をしたときは、事業の利用が決定した者（以下「利用者」という。）に対し、上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用登録証（様式第5号）（以下「登録証」という。）を交付するものとする。
- 3 前項の利用決定を受けた利用者は、事業者に登録証を提示し、事業の利用に関する契約を事業者と締結しなければならない。
- 4 登録証の有効期間は、利用決定を行った日から、最初に到達する6月30日までとする。

（利用の更新）

第7条 利用者が有効期間満了後も引き続き利用しようとするときは、有効期間満了日までの1月以内に第5条に規定する申請を行わなければならない。

（登録の変更）

第8条 利用者は、登録した内容に変更があったときは、上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用登録変更届（様式第6号）により、速やかに所長に届け出なければならない。

（登録の廃止）

第9条 利用者は次の各号のいずれかに該当するときは、上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用登録廃止届（様式第7号）に登録証を添えて、速やかに所長に届け出なければならない。

- （1） 利用者が死亡し、又は転出したとき。
- （2） 第4条各号に規定する対象除外の要件に該当したとき。
- （3） その他、利用登録を継続する必要がなくなったとき。

（登録の取消し）

第10条 所長は、利用者が次の各号のいずれかに該当するときは、第5条の規定による利用決定を取り消すことができる。

- （1） 虚偽の申請を行ったとき。
- （2） 事業の目的に反して事業を利用したとき。
- （3） その他所長が事業の利用を不相当と認めたとき。

2 前項の規定により登録の決定を取り消された者は、直ちに登録証を

返還しなければならない。

(利用の方法)

第11条 利用者は、この事業を利用しようとするときは、登録証を事業者に提示しなければならない。

(利用回数)

第12条 事業の利用回数は1人当たり週1回を限度とする。ただし、所長が特に必要と認める場合は、この限りでない。

(利用料)

第13条 利用者は、利用料として別表に掲げる金額を事業者に支払うものとする。

(委託料)

第14条 第2条第2項の規定により事業を委託する場合の委託料は、別表のとおりとする。

- 2 事業者は、サービスを提供した月の翌月10日までに、当該月に係る上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業費請求書(様式第8号)を所長に提出するものとする。
- 3 所長は、前項の請求のあった日から30日以内に内容を確認のうえ委託料を支払うものとする。

(遵守事項)

第15条 事業者は、利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、従業者の勤務の体制を定めておかななければならない。

- 2 事業者は、従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しなければならない。
- 3 事業者は、サービス提供時に事故が発生した場合は、所長及び家族等に速やかに連絡を行うと共に、必要な措置を講じなければならない。
- 4 事業者は、従業者、会計、利用者へのサービス提供記録に関する諸帳簿を整備し、サービスを提供した日から5年間保存しなければならない。
- 5 事業者及び従業者は、正当な理由なく業務上知り得た利用者等に関

する秘密を漏らしてはならない。

(その他)

第16条 この告示に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

別表（第13条、第14条関係）

区分	利用1回当たりの委託料	市負担額 (1円未満切り上げ)	利用者負担額 (1円未満切り捨て)
生活保護世帯	指定居宅サービスに要する	利用1回当たりの委託料の全額	0円
市町村民税非課税世帯	費用の額の算定に関する基準（平成12	利用1回あたり委託料の95%	利用1回あたり委託料の5%
市町村民税課税世帯	年厚生省告示第19号）に定める訪問入浴介護費	利用1回あたり委託料の90%	利用1回あたり委託料の10%
※1 体調の都合により清拭、部分浴などを実施した場合の委託料は50%とする。 ※2 無断キャンセルの場合は委託料の全額を利用者の負担とすることができる。 (注) 世帯の範囲は、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令（平成18年政令第10号）第17条に準ずる。			

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

上野原市福祉事務所長 宛

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用登録(更新) 申請書

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業実施要綱第5条の規定により、次のとおり申請します。

申請者	フリガナ		電話番号	
	氏名			
	住所		利用者との続柄	
利用者	フリガナ		生年月日	
	氏名			
	住所	上野原市	年齢	
手帳番号及び等級	身体障害者手帳 山梨県 第 号 種 級			
訪問入浴を必要とする理由				

様式第2号(第5条関係)

上野原市福祉事務所長 宛

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用者医師意見書

住所 上野原市

氏名 (男・女) 年 月 日生 (歳)

1 既往症 ()

2 治療中の疾病 ()

3 血圧 ～ mmHg 脈拍

4 伝染性疾患等の検査

(1) 血液検査 ア 梅毒反応TPHA + - (伝染の可能性 有・無)

イ HBs抗原 + - (伝染の可能性 有・無)

(2) 結核性疾患(検査等名:)

(検査結果:)

※ X線検査を原則としますが、不可能な場合には喀痰検査等をお願いします。

(3) 伝染性皮膚疾患の有無

(有 病名) ・無)

(4) (1) から (3) まで以外の伝染性疾患の有無

(有 病名) ・無)

(5) (1) から (4) までの検査の結果陽性(異常あり)の場合の伝染性について

()

5 入浴することの可否(可・否)

6 入浴可の場合、注意事項等があれば次に記入してください。

.....
.....
.....

上記のとおりである。

年 月 日

医療機関所在地

医療機関の名称

医師氏名

印

様式第3号(第5条関係)

上野原市福祉事務所長 宛

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用者生活状況書

年 月 日現在

住所	上野原市				
氏名		生年月日		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
介護保険	要介護（要支援）認定 <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可				
生活状況	医療機関利用状況 医療機関名 () 治療中の病名 () 通院等の状況 回/ <input type="checkbox"/> 週・ <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 通院 ・ <input type="checkbox"/> 往診 ・ <input type="checkbox"/> 薬のみ				
	健康管理 服薬管理 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可（備考) 受診状況 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可（備考) 食事管理 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無（食事内容の制限など) 既往症，病歴等 ()				
	身体状況 視力 <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 弱視・ <input type="checkbox"/> 全盲 麻痺 <input type="checkbox"/> 有（部位)・ <input type="checkbox"/> 無 聴力 <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 難聴・ <input type="checkbox"/> 全聾 褥瘡 <input type="checkbox"/> 有（部位)・ <input type="checkbox"/> 無 言葉 <input type="checkbox"/> 普通・ <input type="checkbox"/> 不自由・ <input type="checkbox"/> 話せない				
	身辺処理 寝 返 り <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 排 泄 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 起 き 上 が り <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 清 拭 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 衣 服 着 脱 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 入 浴 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 整 容 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 洗 髪 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 食 事 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 ベッド移乗 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助 屋 内 移 動 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助（備考) 屋 外 移 動 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助（備考)				
	コミュニケーション 言語による意志の疎通 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助（方法：手話等) 筆 記 ・ ワ ー プ ロ <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助（方法：代筆行為等) 電 話 ・ フ ァ ッ ク ス <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 一部可・ <input type="checkbox"/> 全介助（方法：代理電話等)				
	福祉用具（現在使用しているもの）				
	その他の特記事項				
	特に希望すること				

様式第4号(第6条関係)

様 第 号
年 月 日

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用決定（却下）通知書

上野原市福祉事務所長 印

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり通知します。

1. 決定

利用者番号	第 号	決定年月日	年 月 日
利用者氏名		手帳番号	
利用期間	年 日から 年 日まで		
留意事項			

2. 却下

理由	
----	--

この決定に不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に審査請求をすることができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この決定については、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に、上野原市を被告として（訴訟において上野原市を代表する者は上野原市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この決定があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。ただし、前記の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起しなければなりません（なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、当該裁決の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）

様式第6号(第8条関係)

上野原市福祉事務所長 宛

年 月 日

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用登録変更届

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業実施要綱第8条の規定により、次のとおり届け出ます。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		申請者との続柄	
手帳番号及び等級	身体障害者手帳 山梨県 第 号 種 級			
有効期間	年 月 日 まで			

変更の内容

変更前	変更後

様式第7号(第9条関係)

年 月 日

上野原市福祉事務所長 宛

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業利用登録廃止届

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業実施要綱第9条の規定により、次のとおり届け出ます。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		電話番号	
利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名			
	住所		申請者との続柄	
手帳番号及び等級	身体障害者手帳 山梨県 第 号 種 級			
障害支援区分	1・2・3・4・5・6 なし			
有効期間	年 月 日 まで			

廃止の理由

--

様式第8号(第14条関係)

年 月 日

上野原市福祉事務所長 宛

事業者名

印

上野原市身体障害者訪問入浴サービス事業費請求書
年 月 分の身体障害者訪問入浴サービス事業費について次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

内訳

利用者氏名	利用回数		請求金額
	全身浴	清拭又は部分浴	
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
			円
合計			円

添付書類： 年 月 分 利用記録簿(別紙)

(別紙)

年 月 分 利用記録簿

利用者

住所 _____

氏名 _____

(利用料の減免 なし 全額免除 1 / 2 減免)

事業者名 :

利用日	サービス内容	単価	利用者負担額	請求金額	利用者の認印
日()					
日()					
日()					
日()					
日()					
日()					
日()					
日()					
合計					