

## 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業実施要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、重度の障害者のうち、意思疎通が困難で、かつ介護者がいない者が精神科病院を除く医療機関に入院する場合に、利用者との意思伝達に熟達している者（以下「コミュニケーション支援者」という。）を派遣することにより、医療従事者との意思疎通の円滑化を図ることを目的として行う重度障害者入院時コミュニケーション支援事業（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。

### (事業の位置付け)

第2条 本事業は、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）に規定する地域生活支援事業として実施するものとする。

### (対象者)

第3条 本事業の対象者は、次の各号の全てに該当する者とする。

- (1) 本市在住で、身体障害者福祉法第4条に規定する身体障害者（以下「身体障害者」という。）、知的障害者福祉法にいう知的障害者（以下「知的障害者」という。）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第5条に規定する精神障害者（以下「精神障害者」という。）又は児童福祉法第4条第2項に規定する障害児（以下「障害児」という。）のいずれかに該当する者
- (2) 単身の者又はこれに準ずる世帯の者
- (3) 法第5条第3項に規定する重度訪問介護（以下「重度訪問介護」という。）又は同条第4項に規定する行動援護（以下「行動援護」という。）の対象者で、同条第2項に規定する居宅介護（以下「居宅介護」という。）、重度訪問介護、行動援護又は同条第9項に規定する重度障害者等包括支援（以下「重度障害者等包括支援」という。）のいずれかのサービスを現に利用している者
- (4) 法第21条第1項に規定する障害程度区分認定に係る認定調査項目のうち、コミュニケーション等に関連する次の項目について、いずれについても「できる」以外と認定されている者又は当該者と同等の状態、コミュニケーション支援の必要があると住所地の区の区長（以下「区長」という。）が認める者
  - ア 「6-3ア 意思の伝達」
  - イ 「6-3イ 本人独自の表現方法を用いた意思表示」

### (サービス内容)

第4条 本事業は、第12条に定める重度障害者入院時コミュニケーション支援事業者（以下「コミュニケーション支援事業者」という。）が、コミュニケーション支援者を派遣することにより行うものとする。

2 本事業のサービス内容は、入院時における医療従事者との意思疎通の円滑化を図るための支援とし、診療報酬の対象となるサービスは提供しない。

- 3 本事業の利用期間は、第7条第4項に定める認定期間中において、1回の入院につき、利用開始日から起算して14日以内とする。ただし、継続して利用する必要がある場合は、利用開始日から起算して30日を越えない期間内で延長できるものとする。
- 4 1日当たりの利用時間は、第7条第4項に定める認定期間中において、利用開始日から起算して14日までは、1日当たり10時間以内とし、15日以降は1日当たり5時間以内とする。

(報酬単価)

第5条 本事業に要する費用（以下「コミュニケーション支援事業費」という。）の額は別表のとおりとする。

(利用者負担額)

- 第6条 利用者の負担額は、原則としてコミュニケーション支援事業費の1割とし、利用者がコミュニケーション支援事業者に支払うこととする。
- 2 前項の規定により算出する利用者の負担額は、同一月において、他の障害福祉サービス費の利用者の負担額と併せて上限管理を行い、法第22条第5項の規定により交付されている障害福祉サービス受給者証（以下「受給者証」という。）に記載された利用者負担上限月額を越えないものとする。

(対象者の認定)

第7条 本事業の利用を希望する者（以下「認定申請者」という。）は、事前に名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業対象認定申請書（様式第1号。以下「認定申請書」という。）により、区長に申請するものとする。

ただし、第3条第4号ア及びイに掲げる項目について何れか「できる」と認定されている障害児及び第3条第4号の規定によりコミュニケーション支援の必要があると区長が認める者においては、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業医師意見書（様式第2号。以下「医師意見書」という。）を添えて申請するものとする。

- 2 前項による申請を受けた区長は、認定申請書及び医師意見書の内容を審査し、認定申請者を本事業の対象者として認定するか否かの決定を行い、その結果を名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業認定申請結果通知書（様式第3号。以下「申請結果通知書」という。）により認定申請者に通知することとする。
- 3 区長は本事業の対象者として認定した認定申請者（以下「認定者」という。）が認定者である旨を受給者証に記載するものとする。
- 4 認定の有効期間は、第2項の決定日から、第3条第3号に掲げるサービスの支給決定の終了日までとする。

(利用の申請)

第8条 入院により本事業の利用を希望する認定者（以下「利用申請者」という。）は、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書（様式第4号。以下「利

用申請書」という。)に次の各号に掲げる関係書類を添えて、区長に提出するものとする。

- (1) 医療機関が発行する入院期間を証明するもの
- (2) 受給者証
- (3) その他利用に際して必要な書類

(利用決定)

第9条 前条による申請を受けた区長は、利用申請書等の内容を審査し、利用が適当であると認める場合は、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定通知書(様式第5号。以下「利用決定通知書」という。)により、利用決定を受けた利用申請者(以下「利用者」という。)にその旨を通知し、かつ、入院先の医療機関の長に対し、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定のお知らせ【医療機関連絡用】(様式第6号。以下「医療機関宛通知」という。)により、通知するとともに、第12条に規定するコミュニケーション支援事業者に対し、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定のお知らせ【事業者連絡用】(様式第7号。以下「事業者宛通知」という。)により通知するものとする。

- 2 区長は、利用が不相当であると認める場合は、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請却下通知書(様式第8号)により、利用申請者に対しその旨を通知するものとする。

(認定及び利用決定の変更)

第10条 認定者及び利用者は、申請内容に変更が生じたときは、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業申請内容変更届出書(様式第9号)により、区長に届け出るものとする。

- 2 区長が、前項の規定により届出のあった申請内容の変更を認める場合は、認定者にあつては申請結果通知書により、利用者にあつては利用決定通知書により、その旨を通知するとともに、入院先の医療機関の長にあつては医療機関宛通知により、第12条に規定するコミュニケーション支援事業者にあつては事業者宛通知によりその旨を通知するものとする。

(認定又は利用決定の取消し)

第11条 区長は、認定者又は利用者が次の各号に該当すると認めるきは、認定又は利用決定を取り消すことができる。

- (1) 本事業の対象者としての認定を辞退したとき。
- (2) 社会福祉法第2条第2項に規定する施設にて援護を受けることになったとき。
- (3) 社会福祉法第2条第3項第7号に規定する精神障害者社会復帰施設にて援護を受けることになったとき。
- (4) 精神科の医療機関へ転院したとき。
- (5) 死亡又は市外へ転出したとき。
- (6) その他本事業の認定又は利用を不相当と認めたとき。

- 2 前項の規定により認定又は利用決定を取り消したときは、区長は、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業取消通知書（様式第 10 号）により認定者又は利用者にその旨を通知するとともに、認定を取り消した者の受給者証から認定者である旨の記載を削除するものとする。

（コミュニケーション支援事業者の要件）

第 12 条 コミュニケーション支援事業者は、指定障害福祉サービス事業者（法第 29 条第 1 項に規定する指定障害福祉サービス事業者をいう。以下同じ。）の指定を受けている者で、現に在宅生活において障害福祉サービスを提供している者のうち、第 9 条第 1 項又は第 10 条第 2 項において、区長が利用可能な事業者として決定を行った事業者とする。

（コミュニケーション支援者の要件）

第 13 条 コミュニケーション支援者は、利用者の在宅生活時において、居宅介護、重度訪問介護、行動援護又は重度障害者等包括支援のサービス提供を行っていた者でなければならない。

- 2 コミュニケーション支援者が、本事業のサービスを提供する際は、身分を証する書類を携行し、かつ、利用者又は医療従事者から提示を求められたときは、これを提示しなければならない。

（コミュニケーション支援事業者の責務）

第 14 条 コミュニケーション支援事業者は、前条に規定するコミュニケーション支援者を派遣し、コミュニケーションに要する支援を適切かつ効果的に行わなければならない。

- 2 コミュニケーション支援事業者は、コミュニケーションに関する支援を行った場合、その内容を記録することとし、また、記録書類を 5 年間保管しておかななければならない。

（調査及び指導監査）

第 15 条 市長は、本事業の実施に関して必要があると認めるときは、利用者に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、又は本市の職員に質問させることができる。

- 2 市長は、コミュニケーション支援事業費の支給に関して必要があると認めるときは、コミュニケーション支援事業者若しくはその従業者その他事業に携わる者又はこれらの者であった者に対し、文書その他の物件の提出若しくは提示を求め、又は本市の職員に質問させることができる。

- 3 コミュニケーション支援事業者は、前項の規定に基づき市長が定期又は随時に行う調査及び指導監査に協力するとともに、指導又は助言を受けた場合においては、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

- 4 前各項の規定に基づく調査及び指導監査を行う際は、本市の職員は、身分証明書を携行し、かつ、関係人からの請求があるときは、これを提示しなければならない。

(利用者負担額の受領)

第 16 条 コミュニケーション支援事業者は、その実施したサービスについて、利用者から第 6 条の規定により算定した利用者負担額の支払いを受けるものとする。

(領収証の交付)

第 17 条 コミュニケーション支援事業者は、前条の規定により利用者負担額の支払いを受けた場合は、支払いを行った利用者に対し、領収証を交付しなければならない。

(請求及び支払い)

第 18 条 コミュニケーション支援事業者は、コミュニケーション支援事業費の額から利用者負担額を控除して得た額の支払いを受けようとする場合は、次の各号に掲げる書類をサービス提供終了日の翌月 15 日までに、市長に提出しなければならない。

(1) 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費請求書 (様式第 11 号)

(2) 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業サービス提供記録票 (様式第 12 号)

(3) 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用者負担額票 (様式第 13 号)

2 市長は、コミュニケーション支援事業者から前項の請求があったときは、第 4 条及び第 5 条の基準に照らして審査し、支払うことが適当であると認めるときは、速やかに支払うものとする。

3 前項の規定による支払いを受けたコミュニケーション支援事業者は、その支払いに係るサービスの利用者に対し、代理受領により本市から支払いを受けた旨を速やかに通知しなければならない。

(不正利得の徴収)

第 19 条 市長は、偽りその他不正の手段によりコミュニケーション支援事業費の支払いを受けた者又は第 12 条に規定するコミュニケーション支援事業者があるときは、当該者が支払いを受けたコミュニケーション支援事業費の全部又は一部を徴収し、又は当該者から返還させるものとする。

(経 理)

第 20 条 コミュニケーション支援事業者は、本事業の収支の経理状況に係る書類を、他の事業に係る経理状況と明確に区分して 5 年間保管しておかなければならない。

(その他)

第 21 条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の施行に関し必要な事項は、健康福祉局長が定める。

附則

この要綱は、平成 21 年 11 月 1 日から施行する。

## 別表

サービス提供時間	報酬額 (円)	利用者負担額 (円)
～1 時間	1,800	180
～2 時間	3,500	350
～3 時間	5,100	510
～4 時間	6,700	670
～5 時間	8,300	830
～6 時間	9,800	980
～7 時間	11,300	1,130
～8 時間	12,800	1,280
～9 時間	14,300	1,430
～10 時間	15,800	1,580
サービス利用管理加算	2,000	200

### 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業対象認定申請書

(あて先) 名古屋市 区長

私は、次のとおり申請するとともに、本市職員が認定申請の決定に当たって必要な情報を、障害福祉サービス事業者を始め、関係機関から聴取することに同意します。

申請年月日： 年 月 日

申請者	受給者番号		生年月日	T S H 年 月 日
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		居住地	
	居住地	〒 電話番号		
	フリガナ		生年月日	T S H 年 月 日
	申請に係る児童氏名		性別	男 ・ 女


障害福祉サービスの利用状況等 ※障害福祉サービス受給者証の写しを添付することにより、記載の省略可。

障害程度区分の認定状況	区分 ( )	有効期間	. . ~ . .
利用者負担上限月額	円	適用期間	. . ~ . .
障害福祉サービスの利用状況 (利用しているサービスにチェックをしてください。)			
<input type="checkbox"/> 居宅介護		支給期間	. . ~ . .
<input type="checkbox"/> 重度訪問介護		支給期間	. . ~ . .
<input type="checkbox"/> 行動援護		支給期間	. . ~ . .
<input type="checkbox"/> 重度障害者等包括支援		支給期間	. . ~ . .
<input type="checkbox"/> その他の障害福祉サービス			
		/月	. . ~ . .
		/月	. . ~ . .

代理申請時記入欄 (◎)	届出者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	申請者との関係
		氏名		
	本人委任欄	居住地	電話番号	
私は、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用にかかる認定申請を、上記の者に委任します。				
(申請者)				

◎・・・本人が申請する場合は記入不要です。代理申請の場合は申請者氏名は、自署又は記名押印してください。

### 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業医師意見書

対象者	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	T S H	年	月	日	性別	男	・	女
医師意見欄	次のコミュニケーションに関する2項目について、該当する番号に○印をつけてください。 (※ 記載に当たっての注意事項は裏面を参照してください。)								
	<b>■意思の伝達について</b>								
	1 対象者は他者に意思を伝達できる（ほぼできる場合を含む。） 2 ときどき伝達できる 3 ほとんど伝達できない 4 できない  (注) 手話、筆談、身振り、携帯電話のメールや電子メール、文字盤、トーキングエイド、 意思伝達装置等、意思の伝達手段は問いません。								
<b>■本人独自の表現方法を用いた意思表示について</b>									
1 独自の方法によらず意思表示ができる 2 時々、独自の方法でないと意思表示ができないことがある。 3 常に、独自の方法でないと意思表示できない。 4 意思表示ができない。  (注) 独自の方法とは、知的障害者等でコミュニケーションに関する障害を有している方が用 いる、本人独特のジェスチャーや仕草等の意思表示の方法を指します。 頭をぶついたり、腕をつかんだり等、通常とは違う行動でしか自らの意思を表現できない 場合が該当します。									
意思の伝達に関する特記事項									
対象者の状況は上記のとおりと認めます。									
平成 年 月 日									
医療機関所在地									
医療機関名称									
(診療科)									
電話番号 ( ) —									
医師氏名									
									



## 意見書の記載について

この意見書は、対象者が、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の対象となるために必要な要件を満たすか否かを判断する際の資料となります。記入の際は、以下の点を参考にしてください。

### 【選択肢の判断基準】

#### 意思の伝達について

受け手に自分の意思を表示し、伝達できるかどうかのみに着目してご判断ください。

#### 1 対象者が意思を他者に伝達できる

- ◇手段を問わず、常時だれにも意思の伝達ができる場合をいう。
- ◇ほぼ確実に意思が伝達できる場合も含まれる。

#### 2 ときどき伝達できる

- ◇通常は、対象者が家族等の介護者に対して、意思の伝達ができるが、その内容や状況等によってはできる時とできない時がある場合をいう。

#### 3 ほとんど伝達できない

- ◇通常は、対象者が家族等の介護者に対しても意思の伝達ができないが、あることながら特定の人に対してであれば、まれに意思の伝達ができる場合をいう。

#### 4 できない

- ◇重度の知的障害、精神障害や意識障害等によって、意思の伝達ができない、あるいは、意思の伝達ができているかどうか判断できない場合をいう。

#### 本人独自の表現方法を用いた意思表示について

本人独特のジェスチャーや仕草などの表現方法を使用するかどうか、意思表示の仕方に着目してご判断ください。

#### 1 独自の方法によらず意思表示ができる。

- ◇本人独自の方法によらず言葉や言葉以外の方法により必要な意思を相手に伝えることができる場合をいう。

#### 2 時々、独自の方法でないと意思表示ができないことがある。

- ◇本人独自の方法でしか自らの意思を表現できないことがある場合をいう。  
(独自の方法でしか意思表示できない場合が常時ではない。)

#### 3 常に、独自の方法でないと意思表示ができない。

- ◇本人独自の方法でしか自らの意思を表現できない場合をいう。

#### 4 意思表示ができない。

- ◇本人独自の方法を用いても意思表示できない場合をいう。

【注】 この意見書は障害者自立支援法による障害福祉サービスの利用のために行う障害程度区分認定用の医師意見書とは別のものです。そのため、本書は実費負担の取扱いとなります。

# 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業認定申請結果通知書

(申請者) 様

名古屋市 区長 印

年 月 日付けで申請のあった名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の認定について、次の通り決定しましたので通知します。

認 定 結 果	該 当 ・ 非 該 当
非該当の場合はその理由	

### 【該当の場合のみ記載】

認 定 日	年 月 日									
受 給 者 番 号										
氏 名										
認 定 有 効 期 間	年 日 日		～	年 日 日						

### 【注】

- 上記の認定結果及び認定有効期間は、申請日現在の障害者自立支援法における障害程度区分認定状況により認定を行なっております。したがって、認定の有効期間内であっても、状態の変化等による障害程度区分の変更が生じた場合は、本事業の認定結果が変更となる場合もあります。
- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、名古屋市長に対して審査請求をすることができます。
- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日(審査請求をしたときは、裁決書の送達を受けた日)の翌日から起算して6か月以内に、名古屋市を被告として(市長が被告の代表者となります。)処分の取消しの訴え(取消訴訟)を提起することができます。なお、6か月以内であっても、決定の日から1年を経過すると取消訴訟を提起することができなくなります。

### 【問い合わせ先】

名古屋市 区			
住 所			
電 話 番 号		FAX 番 号	

名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請書

(あて先) 名古屋市 区長

私は、次のとおり申請するとともに、本市職員が利用申請の決定に当たって必要な情報を、障害福祉サービス事業者を始め、関係機関から聴取することに同意します。

申請年月日： 年 月 日

申請者	受給者番号		生年月日	T S H 年 月 日
	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		電話番号	
	居住地			
	フリガナ		生年月日	T S H 年 月 日
	申請に係る児童氏名		性別	男 ・ 女

申請する入院期間等 **※入院期間を証明する書類を添付してください。**

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日	本事業の利用開始希望日 ( )	
入院する医療機関名		連絡先	
医療機関所在地			

現在利用中の、居宅介護、重度訪問介護、行動援護又は重度障害者等包括支援の事業所名をご記入ください。併せて、障害福祉サービス受給者証の写しも添付してください。

事業者及びその事業所の名称	契 約 日	連 絡 先
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	
	. .	

代理申請時記入欄 (◎)	届出者	フリガナ	<input type="checkbox"/> 代理人	申請者との関係
		氏名		
	本人委任欄 (◎)	居住地	電話番号	
私は、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用に係る申請を、上記の者に委任します。 (申請者) _____				

◎・・・本人が申請する場合は記入不要です。代理申請の場合は申請者氏名は、自署又は記名押印してください。

## 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定通知書

(申請者)

様

名古屋市 区長 印

年 月 日付けで申請のあった名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用については、次の通り決定しましたので通知します。

利用決定者	受給者番号																生年月日	T S H	年	月	日
	フリガナ															性別	男	・	女		
	氏名															性別	男	・	女		
フリガナ															生年月日	T S H	年	月	日		
利用決定に係る児童氏名															性別	男	・	女			

利用決定期間 及び 支援上限時間数	年	月	日	～	年	月	日	(1日10時間以内)
	年	月	日	～	年	月	日	(1日 5時間以内)
利用者負担	負担割合	1割	負担上限月額	円				
医療機関名								
利用可能な事業者 (名称・所在地)								

名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業については、本通知書を上記に記載する利用可能な事業所に提示し、契約を取り交わすことにより利用が可能となります。

### 【注】

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、名古屋市長に対して審査請求をすることができます。
- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日(審査請求をしたときは、裁決書の送達を受けた日)の翌日から起算して6か月以内に名古屋市を被告として(市長が被告の代表者となります。)処分の取消しの訴え(取消訴訟)を提起することができます。なお、6か月以内であっても、決定の日から1年を経過すると取消訴訟を提起することができなくなります。

### 【問い合わせ先】

名古屋市 区			
住 所			
電 話 番 号		FAX 番 号	

## 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定のお知らせ

【 医 療 機 関 連 絡 用 】

(医療機関の長) 様

名古屋市 区長

貴医療機関に入院(予定含む。)となる次の方について、名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用決定をしましたのでお知らせします。

つきましては、決定内容の範囲内で、コミュニケーション支援事業者の従事者の受け入れについて、ご協力をお願いします。

利用決定者	受給者番号														生年月日	T S H	年	月	日
	フリガナ													性別	男 ・ 女				
	氏名														男 ・ 女				
フリガナ													生年月日	T S H	年	月	日		
利用決定に係る児童氏名													性別	男 ・ 女					

利用決定期間 及び 支援上限時間数	年 月 日 ~ 年 月 日 (1日10時間以内)
	年 月 日 ~ 年 月 日 (1日 5時間以内)
コミュニケーション 支援事業者の名称	

## 【医療機関の方へ】

名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業(以下、「本事業」とする。)は、意思疎通が困難な重度の障害者について、日常的に対象者を担当し意思疎通に熟達しているヘルパー(介護従事者)を医療機関へ派遣し、医療従事者との意思疎通の円滑化を目的に実施するものであり、医療機関内における診療報酬の範囲のサービスは行いません。

また、本事業の実施にあたり、医療機関において、請求及び支払事務は生じませんので申し添えます。

コミュニケーション支援者は身分証等を携行しますので、必要に応じてご確認ください。

## 【本事業では提供できないサービス】

①病状の観察、②病状の報告、③身体の清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護

## 【問い合わせ先】

名古屋市		区	
住 所			
電 話 番 号		FAX 番 号	

# 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用決定のお知らせ

【 事 業 者 連 絡 用 】

(事業所の長) 様

名古屋市 区長

名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業について、申請のありました次の方について、利用決定しましたのでお知らせします。

利用決定者	受給者番号															生年月日	T S H	年	月	日
	フリガナ															性別	男	・	女	
	氏名															性別	男	・	女	
フリガナ															生年月日	T S H	年	月	日	
利用決定に係る児童氏名															性別	男	・	女		

利用決定期間 及び 支援上限時間数	年	月	日	～	年	月	日	(1日10時間以内)							
	年	月	日	～	年	月	日	(1日 5時間以内)							
医療機関名称 及び所在地															電話 ( )

(注) このお知らせは、利用決定者が、障害福祉サービス利用中の事業者として、申請書に記載した全ての事業所に送付していません。  
名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業(以下、「本事業」とする。)の実施に当たっては、別途、利用者との利用契約が必要となります。

### 【事業所の方へ】

本事業は、意思疎通が困難な重度の障害者について、日常的に対象者を担当し意思疎通に熟達しているヘルパー(介護従事者)を医療機関へ派遣し、医療従事者との意思疎通の円滑化を目的に実施するものであり、下記の「診療報酬の範疇となるサービス」については、本事業の支援対象外としています。

なお、医療従事者から提示を求められることがありますので、支援実施の際は、身分証等を携行してください。

#### 【診療報酬の範疇となるサービス】

- ①病状の観察、②病状の報告、③身体的清拭、食事、排泄等の世話等療養上の世話、④診察の介補、⑤与薬・注射・包帯交換等の治療の介助及び処置、⑥検温、血圧測定、検査検体の採取・測定、検査の介助、⑦患者、家族に対する療養上の指導等患者の病状に直接影響のある看護

### 【問い合わせ先】

名古屋市 区			
住 所			
電 話 番 号		FAX 番 号	

# 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用申請却下通知書

(申請者) 様

名古屋市 区長名 印

年 月 日付けで申請のあった名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の利用については、次の通り却下します。

申請者	受給者番号																	生年月日	T S H	年	月	日					
	フリガナ																										
	氏名																										
	フリガナ																										
	申請に係る児童氏名																										

却下理由

**【注】**

- 1. この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、名古屋市長に対して審査請求をすることができます。
- 2. この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日(審査請求をしたときは、裁決書の送達を受けた日)の翌日から起算して6か月以内に名古屋市を被告として(市長が被告の代表者となります。)処分取消しの訴え(取消訴訟)を提起することができます。なお、6か月以内であっても、決定の日から1年を経過すると取消訴訟を提起することができなくなります。

**【問い合わせ先】**

名古屋市 区			
住所			
電話番号		FAX 番号	

### 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業申請内容変更届出書

(あて先) 名古屋市 区長

次のとおり届け出します。

届出年月日： 年 月 日

変更届出者	受給者番号		生年月日	T S H	年	月	日
	フリガナ			性別	男	・	女
	氏名		生年月日		T S H	年	月
フリガナ		届出に係る児童氏名	性別	男	・	女	
現在の区分 (該当をチェック)	<input type="checkbox"/> 認定者 <input type="checkbox"/> 利用者						

○変更を希望する内容(変更する項目をチェック)

項目	変更前	変更後
<input type="checkbox"/> 申請者氏名 <input type="checkbox"/> 申請者住所等 <input type="checkbox"/> 申請に係る児童氏名 <input type="checkbox"/> 受給者番号 <input type="checkbox"/> 認定期間 <input type="checkbox"/> 利用期間 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他		
変更理由		

代理申請時記入欄 (◎)	届出者	フリガナ		<input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 代行者	申請者との関係
	届出者	氏名			
	本人委任欄	居住地		電話番号	
私は、重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の認定又は利用に係る変更の届出を、上記の者に委任します。 <div style="text-align: right;">(変更届出者) _____</div>					

◎・・・本人が申請する場合は記入不要です。代理申請の場合は変更届出者氏名は、自署又は記名押印してください。



# 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業取消通知書

(申請者) 様

名古屋市 区長 印

年 月 日付けで決定を行った重度障害者入院時コミュニケーション支援事業の決定については、次の通り取り消しましたので通知します。

決定者 または	受給者番号																		生年月日	T S H	年	月	日			
	フリガナ																									
	氏名																				性別	男 ・ 女				
フリガナ																					生年月日	T S H	年	月	日	
認定又は利用決定に係る 児童氏名																					性別	男 ・ 女				
現在の区分		<input type="checkbox"/> 認定者 <input type="checkbox"/> 利用者																								
取消年月日		年 月 日																								
取消事由																										

**【注】**

- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、名古屋市長に対して審査請求をすることができます。
- この決定について不服があるときは、この決定があったことを知った日(審査請求をしたときは、裁決書の送達を受けた日)の翌日から起算して6か月以内に、名古屋市を被告として(市長が被告の代表者となります。)処分の取消しの訴え(取消訴訟)を提起することができます。なお、6か月以内であっても、決定の日から1年を経過すると取消訴訟を提起することができなくなります。

**【問い合わせ先】**

名古屋市 区			
住所			
電話番号		FAX 番号	

名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業費請求書

年 月 日

(請求先) 名古屋市長 あて

事業者番号										
事業所	〒									
	住所 (所在地)									
	電話番号									
	名称									
	職・氏名									

下記のとおり請求します

元号			年			月分
----	--	--	---	--	--	----

請求金額 (①+②- ③)	十億			百万			千円			円
---------------------	----	--	--	----	--	--	----	--	--	---

	区分	件数	金額
内訳	名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業 ①		
	サービス利用管理加算 ②		
	利用者負担額 ③		

年 月分 名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業サービス提供実績記録票

受給者証番号		支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)		事業者番号				
利用期間	年	月	日～	年	月	日	事業者及びその事業所	
月額負担上限額								

日付	曜日	サービス提供時間		算定時間	利用者負担額	サービス提供者印	利用者確認印	備考
		開始時間	終了時間					
合計								

名古屋市重度障害者入院時コミュニケーション支援事業利用者負担額票

年 月 日

様

事業者	指定事業所番号													
	住所 (所在地)													
	電話番号													
	主たる 事業所の 名称													

下記のとおり提供します。

元号				年				月分
----	--	--	--	---	--	--	--	----

受給者証番号																	
支給決定障害者等氏名 (障害児氏名)																	

総費用額		
利用者負担額		