

札障第 717 号
平成 26 年（2014 年）5 月 2 日

指定障害福祉サービス事業所
指定特定相談支援事業所
指定一般相談支援事業所
指定障害児相談支援事業所
指定障害児通所支援事業所
登録移動支援事業所

管理者 様

札幌市保健福祉局障がい保健福祉部長
(公印省略)

障害福祉サービス併給者等における有効期間終期の取扱いについて

平素から、札幌市の障がい福祉行政にご理解とご協力をいただいておりますことにお礼を申し上げます。

標記の件につきまして、計画相談支援等の対象者拡大に伴う支給決定の標準化や利用者の手続きに係る負担軽減の観点から、この度、有効期間終期（以下「終期」という。）の取扱いを再整理しましたので通知します。

つきましては、貴事業所内関係職員にご周知くださいますようお願いいたします。

記

1 基本的な考え方

	障がい者	障がい児
基本事項	障害支援区分認定（以下「区分認定」という。）の終期月を基準とし、必要に応じて各サービスの有効期間短縮を行ったうえで、これに終期を合わせるものとする。	誕生月を基準とし、必要に応じて各サービスの有効期間短縮を行ったうえで、これに終期を合わせるものとする。
留意点	① 区分認定を要さないサービスのみを併給する場合は、先に支給決定を行ったサービスの終期月を基準とする。 ② サービスの追加と併せて区分認定	① 単一のサービスの支給決定の場合も含む。 ② 児童発達支援から引き続き、放課後デイサービスの支給決定を行う場合

	障がい者	障がい児
留意点	<p>を行う場合、既に支給決定を受けているサービスについては、次回の更新時に終期を合わせる。</p> <p>③ 以下のサービスは、本件取扱い（有効期間短縮）の対象としない。</p> <p>i 標準利用期間のあるサービス（自立訓練（機能訓練・生活訓練）、宿泊型自立訓練、就労移行支援（養成施設を含む。））</p> <p>ii 就労継続支援B型（支給決定に当たり、札幌市障害支援区分認定等審査会の意見聴取を要する、いわゆる「経過措置対象者」のみ。）</p> <p>※ 標準利用期間の管理が困難となることや、審査会の意見に基づき終期を設定していることによるもの。</p> <p>④ 就労継続支援A型については、暫定支給決定は従前どおりとし、本支給決定を有効期間短縮の対象とする。</p>	<p>も同様とする。</p> <p>③ 兄弟など同一世帯の児童に支給決定を行う場合は、その順序に関わらず、年長児童の誕生月を基準とし、これに年少児童の終期を合わせる。</p> <p>※ 年長児童が18歳に到達した場合やサービスを辞退した場合、年少児童の終期は、次回の更新時に本人の誕生月に合わせる。</p> <p>④ 上記に関わらず、多子軽減の対象児童については、3月を終期の基準とし、これに世帯の障がい児全員の終期を合わせる。</p>

※ 児童福祉法に基づく障害児通所支援についても、本件の対象とする。

※ 移動支援については、区分認定を要さないサービスとみなす。

2 有効期間短縮に伴う対応

就労継続支援（A型・B型）について、有効期間が6か月未満の支給決定を行う場合には、次回の支給決定の更新に係る「訓練等給付費に係る支給決定の更新についての事業者意見書」（別添）の提出を省略できる。

※ 受給者証の有効期間で判断を行う。

3 適用日

本件通知日以降、平成26年6月以降を有効期間始期とする支給決定から適用する。

4 有効期間短縮に係る具体例

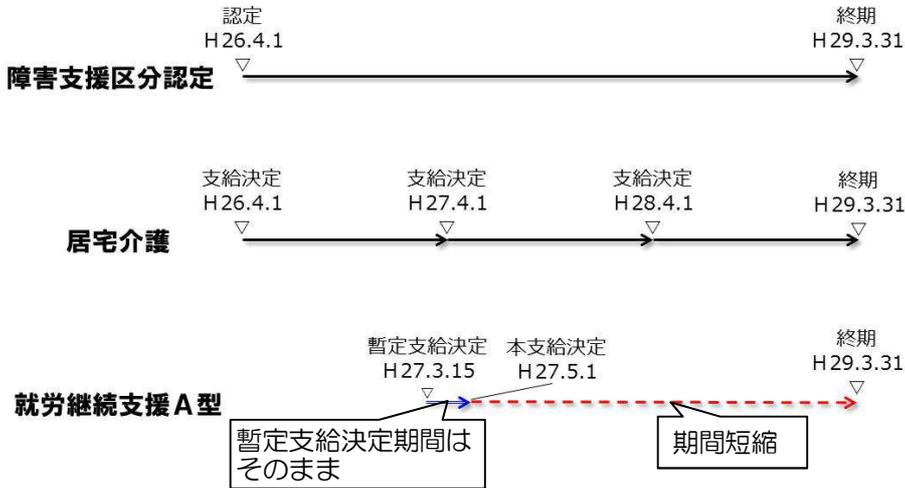
別紙のとおり。

〒060-8611 札幌市中央区北1条西2丁目
 札幌市保健福祉局障がい保健福祉部
 障がい福祉課給付管理係
 TEL 011-211-2938 FAX 011-218-5181
 E-mail sapporo.jiritsushien@city.sapporo.jp

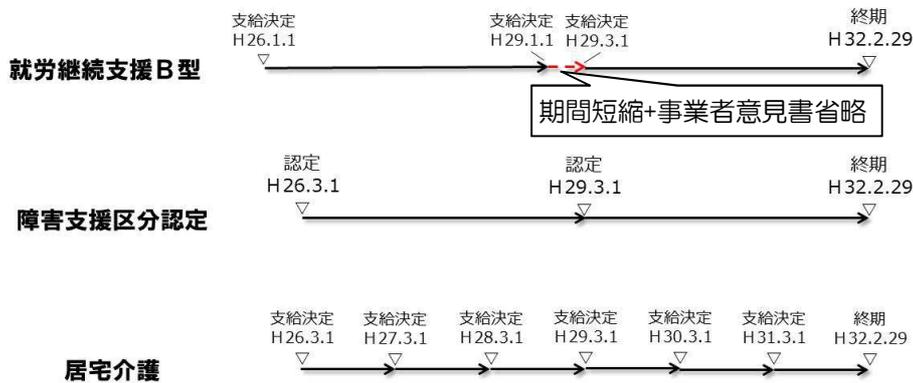
障害福祉サービス併給者等における有効期間終期の取扱いについて（別紙）

【障がい者】

1 居宅介護に就労継続支援 A 型を追加



2 就労継続支援 B 型（50 歳以上）に居宅介護を追加

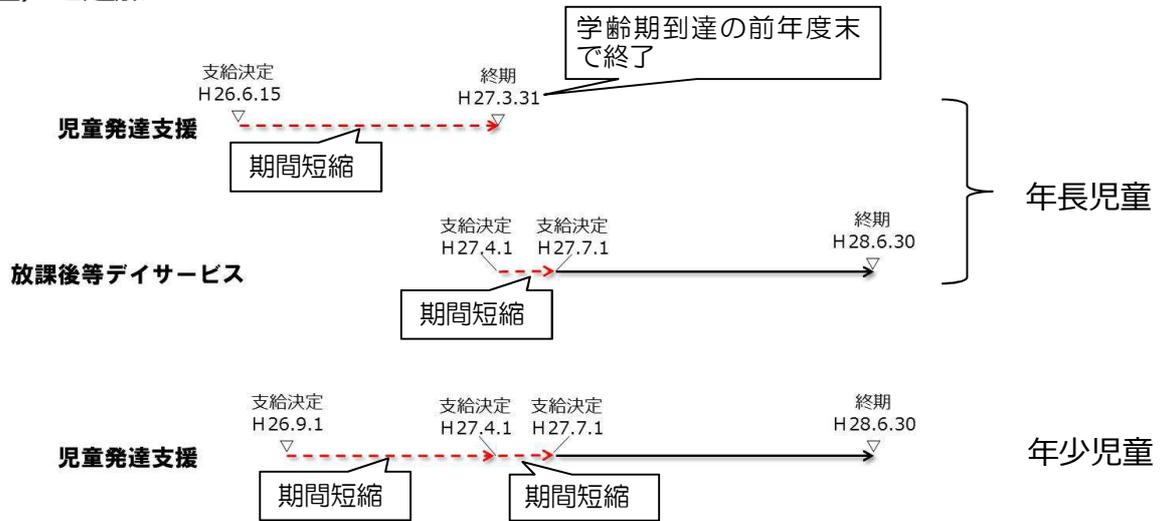


3 就労継続支援 B 型（50 歳以上）に同行援護（身体介護を伴わない・障害支援区分未認定）を追加

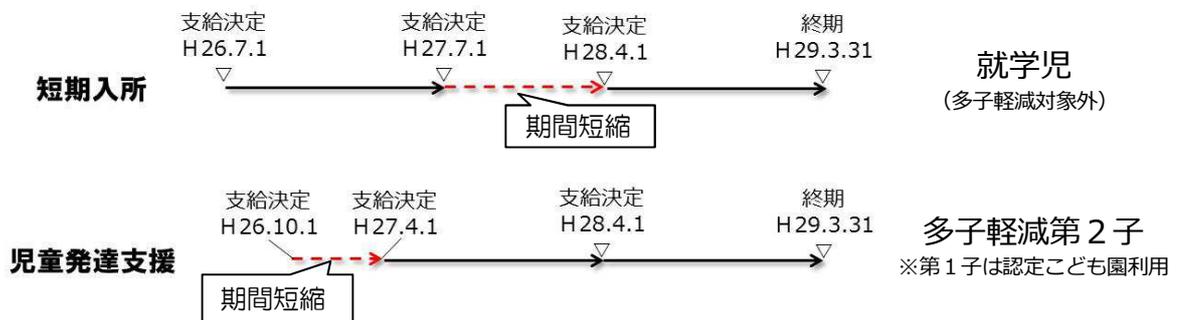


【障がい児】

- 1 児童発達支援（年長児童・6月生・H27年度学齢期到達）に、児童発達支援（年少児童）を追加



- 2 短期入所（就学児・6月生）に児童発達支援（多子軽減第2子）を追加



訓練等給付費に係る支給決定の更新についての事業者意見書

提出年月日 平成 年 月 日

(あて先) 札幌市 区保健福祉部長

事業者番号	
事業者名 及び 代表者名	
担当者名 及び 連絡先	

下記のとおり訓練等給付費の支給決定の更新について当事業所の意見を提出します。

受給者証番号		支給決定 障害者名	
サービスの種類	1 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練） 2 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練） 3 <input type="checkbox"/> 宿泊型自立訓練 4 <input type="checkbox"/> 就労移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型		
現在の支給決定有効期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日		
記入者名 (サービス管理責任者)			
(1)当初設定した 課題・目標			
(2) (1)の達成度			
(3) 直近3ヶ月間 の利用実績			
(4)残った課題			

※裏面に続く

※欄が不足するときは適宜追紙のこと。

(5) 標準利用期間の残期間で(4)の課題を改善することができるか	※1～4のサービスについてのみ記入
(6) (4)の課題の改善を図るための具体的方策	※1～4のサービスについてのみ記入
(7) 更新の必要性の有無とその理由	※1～4のサービスについてのみ記入 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 理由：
(8) 一般就労や他の事業への移行が可能か	※就労継続支援の利用者の場合のみ記入 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能 理由：

※欄が不足するときは適宜追紙のこと。

※区役所記入欄

更新の必要性の有無	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
<div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>	