

○白井市強度行動障害者支援事業補助金交付要綱

平成25年7月1日

告示第87号

(趣旨)

第1条 市長は、指定障害者支援施設及び指定共同生活援助事業所（以下「施設等」という。）を運営する者に対し、当該施設等に入所又は入居する強度行動障害者の支援に要する経費の一部について、予算の範囲内において、白井市補助金等交付規則（平成元年規則第10号）及びこの要綱に基づき、補助金を交付する。

(用語の意義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 指定障害者支援施設 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29条第1項に規定する指定障害者支援施設をいう。
- (2) 指定共同生活援助事業所 法第36条第1項の規定による指定を受け、法第5条第17項に規定する共同生活援助を行う事業所をいう。
- (3) 強度行動障害者 法第4条第4項に規定する障害程度区分が5以上で、多動、自傷、異食等により生活環境への著しい不適応行動を頻回に示すため、適切な指導又は訓練を行わなければ日常生活を営む上で著しい困難があると認められる者のうち、強度行動障害単加算事業補助金交付要綱（平成18年9月29日千葉県障第678号）別表2の行動障害の内容の区分に応じ、その行動障害がみられる状況の頻度及び程度の欄に該当する点数の合計が15点以上のもの（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に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号。以下「算定基準」という。）に基づく施設入所支援サービス費の重度障害者支援加算(Ⅱ)若しくは(Ⅲ)又は共同生活援助サービス費の重度障害者支援加算(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)の算定を受けることを選択した者を除く。）をいう。

(補助対象者)

第3条 補助金の交付を受けることができる者は、千葉県内において強度行動障害者を支援する施設等を設置運営する者であって、次の要件を満たすものとする。ただし、指定共同生活援助あつては、原則として介護サービス包括型共同生活援助又は日中サービス支援型

共同生活援助とする。

- (1) 利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行うために必要な数の医師を配置していること。ただし、指定共同生活援助事業所にあつては、医療機関との協定等を締結し、利用者に対する日常生活上の健康管理及び療養上の指導等について必要な連携体制を確保している場合に限り、医師を配置しない取扱いとすることができる。
- (2) 通常必要な生活支援員（人員配置基準上の職員及び算定基準に基づく福祉専門職員配置等加算を除く他の加算の算定に係る職員をいう。）の員数に加えて、強度行動障害者が1人から3人までの場合は当該強度行動障害者が1人増すごとに常勤換算方法で0.5人を加えて得た数、強度行動障害者が4人の場合は常勤の生活支援員2人以上、強度行動障害者が4人を超える場合は常勤の生活支援員2人に、当該強度行動障害者が2人又はその端数を増すごとに常勤の生活支援員1人を加えて得た数以上配置していること。この場合において、指定共同生活援助事業所にあつては夜勤又は宿直を行う体制となっていること。
- (3) 心理療法を担当する職員を1人以上配置していること。
- (4) 居室は、原則として個室であること。
- (5) 行動障害の軽減のための各種指導、訓練等を行うために必要な設備を備えた行動改善室、観察室等を設けていること。ただし、構造上設置が困難な場合は、この限りでない。

（補助対象経費）

第4条 補助金の交付の対象となる経費（以下「補助対象経費」という。）は、施設等において、強度行動障害者であると市長が認めた者（以下「対象者」という。）の支援に当たる職員の人件費等その他対象者の支援に要した経費とする。

（補助金の額）

第5条 補助金の額は、補助対象経費の実支出額から寄附金その他の収入額を控除した額と対象者1人当たり4,810円に支援した日数を乗じて得た額とを比較して少ない方の額とする。

（交付の申請）

第6条 補助金の交付を受けようとする者は、白井市強度行動障害者支援事業補助金交付申請書（別記第1号様式）に、白井市強度行動障害者支援事業補助金所要額調書（別記第2号様式）、支援計画書その他市長が必要と認める書類を添えて、市長に申請しなければならない。

(交付の決定)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、交付の可否を決定し、白井市強度行動障害者支援事業補助金交付決定・却下通知書（別記第3号様式）により、当該申請者に通知するものとする。

(実績の報告)

第8条 前条の規定により交付の決定を受けた者（以下「交付決定者」という。）は、補助金に係る事業が完了したときは、速やかに白井市強度行動障害者支援事業補助金実績報告書（別記第4号様式）に、白井市強度行動障害者支援事業補助金収支精算書（別記第5号様式）を添えて、市長に報告しなければならない。

(確定の通知)

第9条 市長は、前条の規定による報告があったときは、その内容を審査し、適当であると認めるときは、交付すべき補助金の額を確定し、白井市強度行動障害者支援事業補助金確定通知書（別記第6号様式）により、当該交付決定者に通知するものとする。

(交付の請求)

第10条 交付決定者は、補助金の交付を受けようとするときは、白井市強度行動障害者支援事業補助金交付請求書（別記第7号様式）により、市長に請求しなければならない。

(概算払)

第11条 交付決定者は、補助金の概算払を受けようとするときは、白井市強度行動障害者支援事業補助金概算払請求書（別記第8号様式）により、市長に請求しなければならない。

(補則)

第12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

この告示は、公示の日から施行する。

附 則（令和3年告示第55号）

(施行期日)

1 この告示は、令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行前に、改正前のそれぞれの告示の規定により調製した用紙は、この告示の施行後においても、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

附 則

この告示は、公示の日から施行し、令和7年度分の予算に係る補助金から適用する。

別 記

第 1 号様式（第 6 条関係）

白井市強度行動障害者支援事業補助金交付申請書

年 月 日

（宛先）白井市長

所在地

法人の名称

代表者氏名

強度行動障害者支援事業補助金の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

- 1 交付申請額 円
- 2 添付書類
 - ・白井市強度行動障害者支援事業補助金所要額調書
 - ・支援計画書
 - ・その他市長が必要と認める書類

第2号様式（第6条関係）

白井市強度行動障害者支援事業補助金所要額調書

施設名 _____

補助対象経費 の支出予定額	寄付金その他 の収入予定額 B	差引額 (A－B) C	補助基準額 D	補助金の額 (CとDを比較して少 ない方の額) E
円	円	円	円	円

注 「補助基準額D」の欄は、下表(補助基準額積算内訳)の合計額と一致すること。

(補助基準額積算内訳)

番号	対象者氏名	単価	利用日数	補助基準額	利用期間（見込）
		円	日	円	
		円	日	円	
		円	日	円	
			合計額	円	

注 対象者ごとに段分けして記入すること。

第3号様式（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

白井市長



白井市強度行動障害者支援事業補助金交付決定・却下通知書

年 月 日付けで申請のあった強度行動障害者支援事業補助金については、下記のとおり決定・却下したので通知します。

記

1 決定

交付決定額

円

2 却下

理由

第4号様式（第8条関係）

白井市強度行動障害者支援事業補助金実績報告書

年 月 日

（宛先）白井市長

所在地
法人の名称
代表者氏名

年 月 日付け 第 号で決定のあった強度行動障害者支援事業補助金の実績について、下記のとおり報告します。
記

- 1 交付決定額 円
- 2 添付書類 白井市強度行動障害者支援事業補助金収支精算書

第 5 号様式（第 8 条関係）

白井市強度行動障害者支援事業補助金収支精算書

施設名 _____

補助対象経 費の支出予 定額	寄付金その 他の収入予 定額 B	差引額 (A－B) C	補助基準額 D	補助金の額 (C と D を比較して少 ない方の額) E	補助金受入済額 F	差引額 (E－F) G
円	円	円	円	円		

注 「補助基準額 D」の欄は、下表(補助基準額精算内訳)の合計額と一致すること。

(補助基準額積算内訳)

番号	対象者氏名	単価	利用日数	補助基準額	利用期間（見込）
		円	日	円	
		円	日	円	
		円	日	円	
			合計額	円	

注 対象者ごとに段分けて記入すること。

第 6 号様式（第 9 条関係）

第 号
年 月 日

様

白井市長



白井市強度行動障害者支援事業補助金確定通知書

年 月 日付け 第 号で決定した強度行動障害者支援事業補助金について、下記のとおり確定したので通知します。

記

交付確定額 円

第 7 号様式（第 1 0 条関係）

白井市強度行動障害者支援事業補助金交付請求書

年 月 日

（宛先）白井市長

所在地
法人の名称
代表者氏名

年 月 日付け 第 号で交付確定のあった強度
行動障害者支援事業補助金について、下記のとおり請求します。

記

請求額 円

振込先	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合
		本店・支店 支所
	口座種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

第 8 号様式（第 1 1 条関係）

白井市強度行動障害者支援事業補助金概算払請求書

年 月 日

（宛先）白井市長

所在地
法人の名称
代表者氏名

年 月 日付け 第 号で交付決定のあった強度
行動障害者支援事業補助金の概算払を受けたいので、下記のとおり請求します。

記

1 概算払請求額 円

2 概算払が必要な理由

振込先	金融機関名	銀行・農協 金庫・組合
		本店・支店 支所
	口座種別	普通・当座
	口座番号	
	フリガナ	
	口座名義人	

別記第 1 号様式（第 6 条関係）

（一部改正〔令和 3 年告示 5 5 号〕）

第 2 号様式（第 6 条関係）

第 3 号様式（第 7 条関係）

第 4 号様式（第 8 条関係）

（一部改正〔令和 3 年告示 5 5 号〕）

第 5 号様式（第 8 条関係）

第 6 号様式（第 9 条関係）

第 7 号様式（第 1 0 条関係）

（一部改正〔令和 3 年告示 5 5 号〕）

第 8 号様式（第 1 1 条関係）

（一部改正〔令和 3 年告示 5 5 号〕）