

様式集

<要綱様式>

利用登録(変更)申請書兼現況届(様式第1号).....	- 20 -
利用登録決定(却下)通知書(様式第2号)	- 21 -
利用登録取消通知書(様式第3号).....	- 22 -
事業者登録申請書(様式第4号).....	- 23 -
協定書(様式第5号).....	- 24 -
事業者登録変更届出書(様式第6号).....	- 25 -
サービス提供実績報告書(様式第7-1号)	- 26 -
サービス提供実績報告書(様式第7-2号)	- 27 -
サービス提供実績報告書(様式第7-3号)	- 28 -

<支払関係様式>

口座振替依頼書兼債権者登録申請書	- 29 -
請求書	- 30 -

<利用関係様式>

事業案内チラシ「福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用について」.....	- 31 -
利用契約書.....	- 32 -
「訪問看護情報提供書」の提出について.....	- 33 -

利用登録(変更)申請書兼現況届(様式第 1 号)

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録(変更)申請書兼現況届

(あて先) 福岡市長

申請日: 年 月 日

下記のとおり、福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録を申請いたします。
また、訪問看護事業者から事業に必要な利用者の情報を得ることについて同意します。

		代筆者		申請者との関係	
申請者 (18歳未満の場合、保護者)	フリガナ				
	氏名		生年月日	年 月 日	
	居住地	〒 電話 (- -) 福岡市 区			
フリガナ			生年月日	年 月 日	
利用登録にかかる医療的ケア児氏名			申請者との続柄		
医療的ケアの状況		経管栄養 口鼻腔吸引 気管切開部(気管カニューレ) 酸素療法 人工呼吸器 導尿 糖尿病のインスリン注射 その他 ()			
現在利用している訪問看護事業所	所在地				
	氏名または名称				

変更する場合のみ記載してください。

変更事由	
------	--

利用登録決定(却下)通知書(様式第 2 号)

様

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録決定（却下）通知書

福岡市長

印

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録（変更）申請について、次のとおり決定（却下）したので通知します。

決定内容	利用登録決定 ・ 利用登録却下
	(却下の場合の理由)

利用登録内容

利用登録者氏名 (18歳未満の場合、保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	
生年月日	年 月 日
利用登録年月日	年 月 日
登録期間	年 月 日から 利用登録にかかる医療的ケア児が18歳に達する日以降の最初の3月31日まで
利用時間	年104時間を上限とする。ただし、気管切開孔又は顔マスク・鼻マスクを介した人工呼吸器を一日当たり24時間施行の医療的ケア児に限り、医療的ケア児一人につき、年338時間を限度とする。

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業者

事業者名	(連絡先)
備考	

(問合せ先)

〒 - 福岡市 区
福岡市役所 局 部 課
(電話) 092- - (FAX) 092- -

利用登録取消通知書(様式第 3 号)

(様式第3号)

第 号
年 月 日

様

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業 利用登録取消通知書

福岡市長

印

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用登録について取り消したので、通知します。

利用登録内容

利用登録者氏名 (18歳未満の場合、保護者)	
利用登録にかかる 医療的ケア児氏名	
利用登録取消日	年 月 日
取消理由	

(問合せ先)

〒 -
福岡市 区
福岡市役所 局 部 課
(電話) 092- - (F A X) 092- -

事業者登録申請書(様式第 4 号)

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業 事業者登録申請書

年 月 日

(あて先) 福岡市長

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者 (役職名)
(氏名)

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業を行う事業者として、登録を受けたいので、下記のとおり、関係書類を添えて申請します。

申請者 (設置者)	フリガナ									
	事業者の名称									
	主たる事務所の所在地		〒							
	法人である場合その種別				法人所轄庁					
	連絡先	電話番号			FAX番号					
e-mail										
登録を受けようとする事業所	フリガナ									
	事業所の名称									
	事業所(施設)の所在地		〒							
	連絡先	電話番号			FAX番号					
		e-mail								
	訪問看護ステーションコード									
	指定年月日(訪問看護)									
福岡市訪問型在宅レスパイト事業の登録有無(○を付してください。)					有 ・ 無					

記入担当者	
-------	--

(備考)

- 「法人である場合その種別」欄には、申請者が法人である場合に、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等の別を記載してください。
- 「法人所轄庁」欄には、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
- 複数の登録を受けようとする事業所がある場合は、その事業所数分の申請書を提出してください。

協定書(様式第 5 号)

協 定 書

福岡市（以下「甲」という。）と（以下「乙」という。）
とは、福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業（以下「事業」という。）の実施に関し、
次のように協定を締結する。

（事業の実施）

第1条 福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業実施要綱（以下「実施要綱」という。）
に基づき、乙は事業を実施し、甲はこれに対し給付費を支給する。

（法令等の遵守）

第2条 乙は、事業の実施にあたり、実施要綱及び甲が業務に関し行う指示等を遵守し、
事業を誠実に履行するものとする。

（給付費の支給）

第3条 甲は、乙から給付費の請求があったときは、実施要綱等に照らして審査の上、
支払うものとする。

（報告等）

第4条 甲は、必要があると認めるときは、乙に対し、報告若しくは帳簿書類その他の
物件の提出若しくは提示を命じ、乙若しくは乙の従業者等に対し出頭を求め、又は
当該職員に関係者に対して質問させ、若しくは乙の事業所に立ち入り、その設備若
しくは帳簿書類その他の物件を検査することができる。

（記録の整備）

第5条 乙は、実施要綱に基づくサービスの提供に関して、甲が別に定める記録を整備
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。

（給付費の返還）

第6条 甲は、乙が給付費を不正又は不当に請求受領した場合において、甲から給付費と
して交付した金額の一部又は全部の返還を求めることができる。

2 乙は、甲から給付費の返還を求められた場合は、速やかに返還しなければならない。

（登録の抹消等）

第7条 甲は次のいずれかに該当するときは、乙の事業の登録の抹消を行い、協定を解除
することができるものとする。この場合において、解除により乙に損害があっても、甲
はその損害の賠償の責を負わないものとする。

(1) 乙が、不正に給付費の請求を行ったとき。

(2) 乙が、実施要綱及び甲が業務に関し行う指示に従って適正な事業の運営をすること
ができないと認められるとき。

(3) 乙が、実施要綱及び甲が業務に関し行う指示に違反したとき。

（暴力団等関与に対する登録の抹消及び協定解除）

第8条 甲は、福岡県警察本部からの通知に基づき、乙が次の各号の一に該当するときは、
乙の事業の登録の抹消を行い、協定を解除することができるものとする。この場合にお
いて、解除により乙に損害があっても、甲はその損害の賠償の責を負わないものとする。

(1) 役員等（乙が個人である場合はその者を、乙が法人である場合は、その法人の役員

又はその支店若しくは営業所（常時契約を締結する事務所をいう。）を代表するものをいう。）が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「暴対法」という。）第2条第2号に規定する団体（以下「暴力団」という。）の構成員（暴対法第2条第6号に規定するもの（構成員とみなされる場合を含む。）。以下「構成員等」という。）であるとき。

- (2) 構成員等が経営に事実上参加していると認められるとき。
- (3) 暴力団又は構成員等に対して、資金的援助又は便宜供与をしたとき。
- (4) 構成員等であることを知りながら、その者を雇用し若しくは使用しているとき。
- (5) 暴力団又は構成員等であることを知りながら、その者と下請契約若しくは資材、原材料等の購入契約を締結したとき。
- (6) 自社、自己若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって、暴力団又は構成員等を利用したとき。
- (7) 役員等又は使用人が個人の私生活上において、自己若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって、暴力団又は構成員等を利用したとき、又は暴力団又は構成員等に資金援助若しくは便宜供与をしたとき。
- (8) 役員等又は使用人が、暴力団又は構成員等と密接な交際又は社会的に非難される関係を有しているとき。

（有効期間）

第9条 この協定の有効期間は、締結の日から 年 月 日までとする。

2 この協定有効期間満了日までに、甲、乙双方から協定終了の意思表示がない場合は自動的に更新するものとする。

3 自動的に更新する場合の協定有効期間満了日は、更新前の期間満了日の属する年の翌年の3月31日とする。

（協議）

第10条 この協定に定めのない事項及び本協定に関し疑義が生じた場合は、甲、乙協議の上定めるものとする。

この協定の締結を証するため、本書2通を作成し、甲乙双方記名捺印の上、各1通を保有するものとする。

年 月 日

甲 福岡市中央区天神一丁目8番1号
福岡市
福岡市長

印

乙

印

事業所名称：

事業所所在地：

事業者登録変更届出書(様式第 6 号)

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業 事業者登録変更届出書

年 月 日

(あて先) 福岡市長

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者 (役職名)
(氏名)

下記のとおり、登録を受けた内容を変更しますので届け出ます。

登録内容を 変更する事業所	登録事業所	
	事業所(施設)の所在地	〒
変更があった事項		変更の内容
1 事業所(施設)の名称		(変更前)
2 事業所(施設)の所在地(設置の場所)		
3 申請者(設置者)の名称		
4 主たる事務所の所在地		
5 代表者の役職名及び氏名		(変更後)
6 定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又は 条例等(当該指定に係る事業に関するものに限る。)		
7 運営規定		
8 その他		
変更年月日		年 月 日

記入担当者	
-------	--

(備考)

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 登録内容がわかる書類を添付してください。
- 3 変更の日から10日以内に届け出てください。

サービス提供実績報告書(様式第 7-1号)

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業 サービス提供実績報告書 (※自宅用)

(あて先) 福岡市長

自宅にて保険適用外の時間に
サービスを提供した場合の報告書

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者 (役職名)
(氏名)

サービス提供事業所名

下記のとおり、福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業におけるサービスを提供したので報告します。

利用登録者氏名		サービス提供月	年	月分
医療的ケア児氏名		生年月日	年	月 日
本サービス提供月までの当該年度における累計利用時間※1 (様式第7-1号~第7-3号の各合計時間の合算の累計)			時間 /	104時間
24時間人工呼吸器使用の有無※2				

日付	サービス提供時間 (保険適用除く)		サービス 算定時間※3	同日他事業所による サービス提供※4	サービス 実施場所
	開始時刻	終了時刻			
日	:	:	:		自宅 (保険適用外の時間)
日	:	:	:		自宅 (保険適用外の時間)
日	:	:	:		自宅 (保険適用外の時間)
日	:	:	:		自宅 (保険適用外の時間)
日	:	:	:		自宅 (保険適用外の時間)
日	:	:	:		自宅 (保険適用外の時間)

サービス算定時間 様式第7-1号 小計※5	:
--------------------------	---

サービス算定時間 様式第7-1号~第7-3号 合計※6	:
--------------------------------	---

報告書が2枚以上になる場合は、最後のページの小計欄と合計欄を記入してください。

- ※1 他事業所のサービス提供がある場合は、それらを含みます。事業所間で調整の上、管理してください。
- ※2 「有」又は「無」を記載してください。「有」の場合、上限時間は年338時間となります。
- ※3 日ごとに、実際にサービスを提供した時間数(保険適用除く)を記載してください。
- ※4 同日に他の事業所がサービスを提供した場合、その事業所名とサービス提供時間を記載してください。
- ※5 小計欄には、様式第7-1号に関する当該月の合算した時間数を記載してください。
- ※6 合計欄には、様式第7-1号~第7-3号の当該月の小計欄を合算した時間数を、1時間単位(30分未満切り捨て、30分以上切り上げ)で記載してください。

サービス提供実績報告書(様式第 7-2号)

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業 サービス提供実績報告書 (※移動用)

(あて先) 福岡市長

外出時の移動に際して
サービスを提供した場合の報告書

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者 (役職名)
(氏名)

サービス提供事業所名

下記のとおり、福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業におけるサービスを提供したので報告します。

利用登録者氏名		サービス提供月	年	月分
医療的ケア児氏名		生年月日	年	月 日
本サービス提供月までの当該年度における累計利用時間※1 (様式第7-1号~第7-3号の各合計時間の合算の累計)			時間 /	104時間
24時間人工呼吸器使用の有無※2				

日付	サービス提供時間 (保険適用除く)		サービス 算定時間※3	同日他事業所による サービス提供※4	サービス 実施場所
	開始時刻	終了時刻			
日	:	:	:		移動 (外出先滞在分除く)
日	:	:	:		移動 (外出先滞在分除く)
日	:	:	:		移動 (外出先滞在分除く)
日	:	:	:		移動 (外出先滞在分除く)
日	:	:	:		移動 (外出先滞在分除く)
日	:	:	:		移動 (外出先滞在分除く)

サービス算定時間 様式第7-2号 小計※5	:
--------------------------	---

サービス算定時間 様式第7-1号~第7-3号 合計※6	:
--------------------------------	---

報告書が2枚以上になる場合は、最後のページの小計欄と合計欄を記入してください。

- ※1 他事業所のサービス提供がある場合は、それらを含みます。事業所間で調整の上、管理してください。
- ※2 「有」又は「無」を記載してください。「有」の場合、上限時間は年338時間となります。
- ※3 日ごとに、実際にサービスを提供した時間数 (保険適用除く) を記載してください。
- ※4 同日に他の事業所がサービスを提供した場合、その事業所名とサービス提供時間を記載してください。
- ※5 小計欄には、様式第7-2号に関する当該月の合算した時間数を記載してください。
- ※6 合計欄には、様式第7-1号~第7-3号の当該月の小計欄を合算した時間数を、1時間単位 (30分未満切り捨て、30分以上切り上げ) で記載してください。

サービス提供実績報告書(様式第 7-3号)

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業 サービス提供実績報告書 (※その他)

(あて先) 福岡市長

自宅及び外出時の移動以外で
サービスを提供した場合の報告書

申請者 所在地
(設置者) 名称
代表者 (役職名)
(氏名)

サービス提供事業所名

下記のとおり、福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業におけるサービスを提供したので報告します。

利用登録者氏名		サービス提供月	年	月分
医療的ケア児氏名		生年月日	年	月 日
本サービス提供月までの当該年度における累計利用時間※1 (様式第7-1号~第7-3号の各合計時間の合算の累計)			時間 / 104時間	
24時間人工呼吸器使用の有無※2				

日付	サービス提供時間 (保険適用除く)		サービス 算定時間※3	同日他事業所による サービス提供※4	サービス 実施場所※7
	開始時刻	終了時刻			
日	:	:	:		その他 ()
日	:	:	:		その他 ()
日	:	:	:		その他 ()
日	:	:	:		その他 ()
日	:	:	:		その他 ()
日	:	:	:		その他 ()

サービス算定時間 様式第7-3号 小計※5	:
サービス算定時間 様式第7-1号~第7-3号 合計※6	:

報告書が2枚以上になる場合は、最後のページの小計欄と合計欄を記入してください。

- ※1 他事業所のサービス提供がある場合は、それらを含みます。事業所間で調整の上、管理してください。
- ※2 「有」又は「無」を記載してください。「有」の場合、上限時間は年338時間となります。
- ※3 日ごとに、実際にサービスを提供した時間数(保険適用除く)を記載してください。
- ※4 同日に他の事業所がサービスを提供した場合、その事業所名とサービス提供時間を記載してください。
- ※5 小計欄には、様式第7-3号に関する当該月の合算した時間数を記載してください。
- ※6 合計欄には、様式第7-1号~第7-3号の当該月の小計欄を合算した時間数を、1時間単位(30分未満切り捨て、30分以上切り上げ)で記載してください。
- ※7 実際にサービスを提供した場所を括弧内に必ず記載してください。

口座振替依頼書兼債権者登録申請書

口座振込依頼書 兼 債権者登録申請書

〈 新規 ・ 変更 〉 (○を記入)

(あて先) 福岡市(区)長 令和 年 月 日

【依頼人】 〒
住所
(所在地)
電話番号 () -
(フリガナ)
氏名
(法人名及び
代表者職氏名)

福岡市から受ける支払金について、下記の預金口座に振込されるよう依頼します。
また、下記口座について

- 1 債権者情報として、口座を登録することに同意します。
- 2 債権者情報の登録に同意しません。
【 】の支払についてのみ使用してください。

上のいずれかを○で囲んでください。また、2を選択した場合は【 】内に今回の支払案件(契約件名等)を記入してください。

なお、本書提出時には、通帳又は口座が確認できるもの(金融機関発行)の写しを添付してください。

記

金融機関の名称	銀行・信用金庫 農協・信用組合 漁協		本店 支店
預金種別 (該当するものを○ で囲んでください)	普通 当座	口座番号	
口座名義	カナ		
	漢字		

- (注1) 記入する口座は、依頼人名義のものに限ります。
(注2) 記入にあたっては、必ず通帳を確認のうえ、口座名義は預金通帳記載のとおり(法人名、職名等も)記入してください。
(注3) 口座番号は、左づめで記入してください。
なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。
(注4) 黒ボールペンを使用してください。(鉛筆や消せるペンは、使用できません。)

◎債権者情報の登録について

福岡市では債権者情報の登録を行っています。
登録を行った場合は、登録した情報を本市各所属で共用し、本市から支払を行う際に使用します。これにより今後、口座振込を行うにあたって毎回この依頼書を提出していただく必要はなくなります。なお、口座を複数登録している場合は請求書等に振込先口座の記入が必要です。
また、登録した情報は、3年以上本市からの支払がない場合及び債権者登録廃止届が提出された場合は削除します。

※ 担当者記入欄

【申請内容 (該当に○印)】

新規登録 口座変更
口座追加 住所・代表者名等変更

通帳等の写し添付あり
(添付を確認したら○を塗りつぶす)

相手方番号	システム登録日
	年 月 日

請求書

請 求 書

金 額

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(金額の記載は、アラビア数字を用いその頭部に「¥」を記入してください。)

件 名

希望する支払方法に☑を記入してください。

口座振込を希望します。

(本市に2つ以上口座を登録されている方等は、以下に振込を希望する口座をご記入ください。)

金融機関名	銀行		本店 支店
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義 (カナ)			

(記入する口座は請求者名義のものに限ります。また、口座名義等の記入にあたっては、必ず預金通帳を確認のうえ、記載のとおり正確に記入してください。)

現金受領を希望します。

隔地払(外国送金等)を希望します。

上記の金額を請求します。

令和 年 月 日

住所

氏名

(あて先) 福岡市(区)長

(福岡市)

連絡先電話番号

※法人等の場合
担当者 部署・氏名

- (注) 1 金額と口座番号は、右づめで記入してください。
なお、ゆうちょ銀行への振込を希望される場合は、振込用の口座番号を記入してください。
2 請求書の金額は、訂正できません。

事業案内チラシ「福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用について」

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業の利用について

在宅の医療的ケア児の看護や介護を行う**家族の負担軽減**を図るため、
医療保険の適用を超える**自宅利用**や医療保険の適用外となる**自宅以外での訪問看護**を提供する、
「**福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業**」について**令和8年4月1日**より**拡充**します。

利用対象者	医療的ケア児及びその家族 詳細な要件は裏面をご確認ください。
サービス内容	訪問看護事業者が医療的ケア児のもとを訪問して行う看護などの 訪問看護を、自宅又は自宅以外の場所 で利用することができます。 <ul style="list-style-type: none">◆ 自宅で利用する場合は、医療保険の適用を超える利用に限ります。◆ 入院中や障害児通所支援事業所など、他サービスとの重複利用はできません。◆ 保育所・学校等における利用は、保育所・学校等に関する他支援制度の利用が優先されます。◆ 看護を伴わない見守り(入浴や家事等の介助・支援等)は対象となりません。◆ 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士による訓練・リハビリ等は対象となりません。
利用可能時間	医療的ケア児一人につき、 年間 48 時間だった利用可能時間を、年間 104 時間へ拡充します。 <ul style="list-style-type: none">◆ 24時間人工呼吸器施行の医療的ケア児に限り、令和7年8月から年間338時間を限度としています。◆ 保育所・学校等での訪問看護を対象とした拡充措置(別枠 144 時間)は、令和8年3月末で終了しました。
サービス費用	本事業の利用にあたって、自己負担金はありません。 <ul style="list-style-type: none">◆ 本事業にかかった経費は、福岡市からサービスを提供した訪問看護事業者に支払います。◆ 訪問看護以外の費用(交通費、施設の入場料、キャンセル料など)については、訪問看護事業者から費用の負担を求められる場合がありますので、事前に訪問看護事業者にご確認ください。
利用までの流れ	利用登録の手続きは、登録事業者(訪問看護事業者)を通して行います。 <ol style="list-style-type: none">① 利用している訪問看護事業者が、本事業の登録事業所(市と協定締結)を確認してください。② 訪問看護事業者から、申請に必要な書類を受け取ってください。③ 申請書類を記載し、訪問看護事業者へご提出ください。(訪問看護事業者から福岡市へ提出)④ 福岡市から訪問看護事業者を經由して、利用者へ登録決定通知書を送付します。⑤ 通知書を受け取ったら、訪問看護事業者と本事業の契約を締結して利用可能となります。⑥ 48 時間を超えて利用する医療的ケア児及びそのご家族に対しては、福岡市から医療的ケア児等コーディネーター(※1)等による相談支援(※2)を実施いたします。 <p>※1 多分野にまたがるサービスを総合的に調整し、医療的ケア児とご家族をサポートします。</p> <p>※2 利用時間が 48 時間を超える見込みになった時点で、訪問看護事業者を通して意向を確認いたします。</p>

制度に関する問い合わせ先

詳細は裏面をご覧ください

〒810-8620 福岡市中央区天神一丁目8-1
福岡市役所 こども未来局 子育て支援部 こども発達支援課
TEL:092-711-4178 FAX:092-733-5718
メールアドレス:hattatsushien.CB@city.fukuoka.lg.jp
ホームページ: [福岡市 医療的ケア児在宅レスパイト事業](#) で検索してください。

<https://www.city.fukuoka.lg.jp/kodomo-mirai/shogaijishien/health/syogaij-sien/ikeaji-resupaito.html>



1. 福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業内容について

(1) 利用対象者

利用対象者は、**医療的ケア児の家族**です。

◆ 「医療的ケア児」とは、次の要件の全てに該当するもの。

- ① 福岡市内に住所を有すること。
- ② 0歳から18歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にあること。
- ③ 在宅で同居の障がい児等の保護者または障がい児等の介護を行うものによる介護を受けて生活していること。
- ④ 医師の訪問看護指示書による医療的ケアを必要としていること。
- ⑤ 訪問看護により医療的ケアを受けていること。



(2) サービスの内容

- ◆ 本事業に登録がある**訪問看護事業者が医療的ケア児のもとを訪問して行う看護などの訪問看護**(健康保険法の適用対象となる訪問看護を除く)を、**年間104時間を限度として利用**することができます。
- ◆ 自宅で利用する場合は、医療保険の適用が優先します。医療保険の適用を超える利用が対象となります。
- ◆ 自宅以外の場所において、他サービスによる看護等の提供がある場合、重複して利用することはできません。
- ◆ 保育所・学校等における利用は、**保育所・学校等に関する他支援制度の利用が優先**されます。

(3) 費用

- ◆ 本事業の利用にあたって、自己負担金はありません。
 - ◆ 本事業に要した経費は、市から訪問看護事業者に、1時間あたり7,500円を、利用者の代わりに支払います。
- ※ 訪問看護以外の費用(交通費、施設の入場料、キャンセル料など)については、訪問看護事業者から費用の負担を求められる場合がありますので、事前に訪問看護事業者にご確認ください。

2. 利用の手続き

(1) 申請前の確認

- ◆ 本事業の利用対象者(1.(1))に該当するか確認してください。
- ◆ 現在利用している訪問看護事業者が、「**福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業**」の**利用できる(福岡市と協定締結済)か、訪問看護事業者に確認**してください。

(2) 申請に必要な書類

- ① 福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用登録申請書(様式第1号)
- ② 訪問看護指示書の写し
- ③ 訪問看護事業者との現在の契約書の写し又は利用していることが分かる書類

(3) 申請書類の提出先

- ◆ 現在利用している**訪問看護事業者に(2)申請に必要な書類を提出**してください。
- ◆ 申請書類は、訪問看護事業者を經由して、福岡市に提出されます。

(4) 利用登録の決定

- ◆ 申請後、福岡市から「福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用登録決定(却下)通知書」を、現在利用している訪問看護事業者を經由して利用者へ送付します。
- ◆ **決定通知の後、事業者と本事業の利用契約を締結**してください。

(5) サービスの利用

- ◆ 事前に利用時間・場所等を訪問看護事業者にご確認ください。
- ◆ 複数の事業者で本事業を利用される場合は、利用される複数の事業者を、利用登録決定通知書に記載されている事業者にお伝えください。

(6) 市の相談支援

- ◆ 利用時間が48時間を超える見込みになった時点で、訪問看護事業者を通して、福岡市による相談支援について、利用の意向を確認いたします。
- ◆ 意向を踏まえて、医療的ケア児等コーディネーター等による支援を実施します。

利用契約書

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業契約書

利用者_____（以下「甲」という。）と事業者_____（以下「乙」という。）とは福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業（以下「本事業」という。）の利用に関して次のとおり契約を結びます。

（目的）

第1条 乙は、福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業実施要綱（以下「要綱」という。）及びこの契約に従い、医療的ケア児の医療的ケアを伴う見守りサービスを提供します。

（契約期間）

第2条 この契約における契約期間は令和_____年_____月_____日から利用登録期間の満了日までとします。

2 上記の契約期間の満了日前に、甲が本事業の新たな利用登録決定または利用登録変更の決定を受けた場合は、新たな利用登録期間または変更後の利用登録期間の満了日までとします。

（主治医との関係）

第3条 乙は、本事業のサービスを提供する場合、あらかじめ医療的ケア児の見守り時の医療行為に関する主治医の指示を文書で受けます。

（心身の状況等の把握）

第4条 乙は、本事業の提供にあたっては、医療的ケア児の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

（サービスの提供内容）

第5条 甲は本事業の利用にあたり、福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業利用登録決定通知書（以下「決定通知書」という。）を乙に提示する必要があります。

2 乙は、担当の訪問看護員を派遣し、主治医の指示に基づく医療的ケアを伴う見守りを提供します。

3 乙は、指定訪問看護の提供に引き続き、サービスを提供します。

（サービス提供の記録等）

第6条 乙は、サービスを提供した場合には、福岡市が定める「福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業サービス提供実績報告書」（以下「実績報告書」という。）に必要事項を記入し、甲又は家族等の確認を受けます。また、サービスの提供内容について記録を作成します。

2 乙は、前項の記録を作成した後5年間はこれを適正に保存し、甲又は家族等の求めにより閲覧に応じ、甲又は家族等の実費負担によりその写しを交付します。

（サービスの実施）

第7条 甲及び家族等は、乙が甲のため本事業を提供するにあたり、可能な限り乙に協力しなければなりません。

（苦情対応）

第8条 甲又は家族等は提供されたサービスに苦情がある場合には、乙に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

2 乙は、苦情対応窓口を設置し、責任者及びその連絡先を明らかにするとともに、苦情の申立て又は相談があった場合には、速やかにかつ誠実に対応します。

3 乙は、甲又はその家族等が苦情申立て等を行ったことを理由として何らの不利益な取扱いをす

ることはありません。

(緊急時等の対応)

第9条 乙は、本事業の提供を行っているときに甲に病状の急変等が生じた場合には、速やかに主治医への連絡を行い指示を求めるとともに、必要に応じて臨時応急の手当を行う等の必要な措置を講じなければなりません。

(守秘義務等)

第10条 乙は正当な理由がない限り、その業務上知り得た甲及び家族等に関する事項を第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。

- 2 乙は、甲に医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に甲に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- 3 前2項に関わらず、甲に係る関係機関との連携を図るなど正当な理由がある場合には、乙は、あらかじめ文書により同意を得た上で甲又は家族等の個人情報を用いることができるものとします。

(甲の解約権)

第11条 甲は、乙に対して、いつでも1週間以上の予告期間をもって、通知することにより、この契約を解約することができます。

なお、この場合、乙は甲に対し、文書による確認を求められます。

- 2 甲は、次のいずれかの事由が発生した場合は、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。
 - (1) 乙が、定められたサービスを提供しないとき
 - (2) 乙が、この契約に違反したとき
 - (3) 乙が、甲やその家族等に対して社会通念を逸脱する行為を行ったとき

(乙の解約権)

第12条 乙は、甲又は家族等が故意に法律違反その他著しい不信行為をなし、再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、契約の継続が困難となった場合は、その理由を記載した文書により、2週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

(契約の終了)

第13条 次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- (1) この契約期間の満了日の7日前までに、甲から契約終了の意思表示があり、契約期間が満了したとき
- (2) 乙が、第11条第4項に定める契約の解約を通知したとき
- (3) 甲から第13条第1項に定める通知がなされ、予告期間が満了したとき
- (4) 第13条第2項各号に定める事由により、甲から文書による解約通知がなされたとき
- (5) 乙から、第14条に定める文書による解約の意思表示がなされ、予告期間が満了したとき
- (6) 次の理由で甲にサービスを提供できなくなったとき
 - (ア) 甲が施設等に入所したこと
 - (イ) 甲が本事業の利用登録決定の取り消しを受けたこと
 - (ウ) 甲が死亡したこと
 - (エ) 甲の所在が連続して1か月以上不明であること

(損害賠償)

第14条 乙は、サービスの提供にあたって甲の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。

ただし、乙に故意過失がなかったことを証明した場合は、この限りではありません。

(裁判管轄)

第 15 条 この契約に関する訴訟については、甲の住所地（居住地）を管轄する裁判所を管轄裁判所とします。

(契約外条項等)

第 16 条 この契約に定めのない事項については、要綱その他関係法令の趣旨を尊重し、甲と乙の協議により定めます。

この契約の成立を証するため、本証 2 通を作成し、甲乙記名押印して各 1 通ずつを保有します。

令和 年 月 日

利用者甲 住所

氏名

印

上記代理人（代理人を選任した場合）

住所

氏名

印

事業者乙 住所

事業者（法人）名

代表者名

印

「訪問看護情報提供書」の提出について

各訪問看護ステーション管理者 様

福岡市
保健医療局精神保健・難病対策部精神保健・難病対策課長
福祉局障がい者部障がい企画課長
こども未来局子育て支援部こども発達支援課長

在宅人工呼吸器使用患者の「訪問看護情報提供書」の提出について(依頼)

平素より、福岡市の保健医療福祉行政にご理解とご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本市における在宅人工呼吸器使用患者の近況把握のため、貴ステーションが訪問看護を実施されている患者のうち、在宅で人工呼吸器を使用し療養されている市内在住の患者の情報について、「訪問看護情報提供書」の提出にご協力いただきますようお願いいたします。

なお、ご協力いただける場合は、下記の内容にご留意ください。

記

1 対象者

気管切開孔又は顔マスク・鼻マスクを介した人工呼吸器を、在宅で 24 時間施行(夜間のみ等限定的に施行されている方は対象外)の方のうち、本市に訪問看護状況を提供することに同意を得られた市内にお住いの利用者。

※利用者1人につき月1回に限り「訪問看護情報提供療養費1」(1,500 円)を算定できますが、算定にあたっては、利用者本人に十分理解を得てください。

※「訪問看護情報提供療養費1」の詳細については裏面でご確認ください。

2 提出先

患者さんの区分に応じた提出先(令和7年度より患者区分変更)

※原則として毎月 10 日までに提出してください。

※提出された情報提供書の内容を確認した結果、上記対象外の患者さんである場合等で継続提出を依頼しない場合は、その旨をご連絡いたします。

提出先		患者区分
こども未来局 こども発達支援課 障がい児支援係	〒810-8620 福岡市中央区天神 1-8-1 福岡市役所 13 階	(小児) ・18 歳未満の方
保健医療局 精神保健・難病対策課 難病疾病対策係	〒810-8620 福岡市中央区天神 1-8-1 福岡市役所 3 階	(難病) ・18 歳以上で指定難病の診断が ついている方
福祉局 障がい企画課 施策企画係	〒810-8620 福岡市中央区天神 1-8-1 福岡市役所 12 階	(障がい) ・身体障がい者のうち、小児及び 難病の区分を除いた方

3 提出様式

訪問看護の情報提供書(別紙様式1)

※続紙として別途情報を依頼する場合があります。その際は、個別に依頼させていただきます。

○「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(令和6年3月5日付保発0305第12号厚生労働省保険局長通知)より

第6 訪問看護情報提供療養費について

- 1(1) 訪問看護情報提供療養費1は、保健福祉サービスとの有機的な連携を強化し、利用者に対する総合的な在宅療養を推進することを目的として、訪問看護ステーションから市町村若しくは都道府県(以下「市町村等」という。)又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第51条の17第1項第1号に規定する指定特定相談支援事業者若しくは児童福祉法(昭和22年法律第164号)第24条の26第1項第1号に規定する指定障害児相談支援事業者(以下「指定特定相談支援事業者等」という。)への情報提供を評価するものである。
- (2) 訪問看護情報提供療養費1は、基準告示第2の9に規定する利用者について、訪問看護ステーションが利用者の同意を得て、利用者の居住地を管轄する市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して、市町村等又は指定特定相談支援事業者等からの求めに応じて、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、当該利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ここでいう保健福祉サービスに必要な情報とは、当該利用者に係る健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービス又はホームヘルプサービス(入浴、洗濯等のサービスも含む。)等の福祉サービスを有効に提供するために必要な情報をいう。
なお、指定訪問看護を行った日から2週間以内に、別紙様式1又は2の文書により、市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して情報を提供した場合に算定する。
- (3) 市町村等又は指定特定相談支援事業者等の情報提供の依頼者及び依頼日については、訪問看護記録書に記載するとともに、市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して提供した文書については、その写しを訪問看護記録書に添付しておくこと。
- (4) 市町村等が指定訪問看護事業者である場合には、当該市町村等に居住する利用者に係る訪問看護情報提供療養費1は算定できない。また、訪問看護ステーションと特別の関係にある指定特定相談支援事業者等に対して情報提供を行った場合には、訪問看護情報提供療養費1は算定できない。
- (5) 訪問看護情報提供療養費1は、1人の利用者に対し、1つの訪問看護ステーションにおいてのみ算定できるものであること。このため、市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して情報の提供を行う場合には、利用者に対し、他の訪問看護ステーションにおいて市町村等又は指定特定相談支援事業者等に対して情報の提供が行われているか確認すること。

【お問合せ先】

◆難病関係

保健医療局 精神保健・難病対策課
難病疾病対策係 澤、中野
電話番号:092-711-4986

◆小児関係

こども未来局 こども発達支援課
障がい児支援係 大谷、横山
電話番号:092-711-4178

◆障がい関係

(身体障がい者のうち難病及び小児を除く)

福祉局 障がい企画課
施策企画係 古賀、加藤
電話番号:092-711-4248

訪問看護の情報提供書

〇〇局〇〇〇〇課長 様

(指定訪問看護ステーションの所在地及び名称)
 電話番号
 管理者氏名

以下の利用者に関する訪問看護の情報を提供します。

利用者氏名
性別 (男 女) 生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日生 (歳) 職業
住所
電話番号 () —

主治医氏名
住所
主傷病名

日常生活活動 (ADL) の状況 (該当する事項に○)

移動 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	食事 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
排泄 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	入浴 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助
着替 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助	整容 自立 ・ 一部介助 ・ 全面介助

要介護認定の状況 (該当する事項に○)
自立 要支援 (1 2) 要介護 (1 2 3 4 5)

病状・障害等の状態	
-----------	--

1月当たりの訪問日数 (訪問看護療養費明細書の実日数を記入すること)	日 (回)
------------------------------------	--------

家族等及び主な介護者に係る情報	
-----------------	--

看護の内容	
-------	--

必要と考えられる保健福祉サービス	
------------------	--

その他特記すべき事項	
------------	--

【記入上の注意】

- 1 必要が有る場合には、続紙に記載して添付すること。