

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)	- 19 -
利用登録決定(却下)通知書(様式第2号)	- 20 -
利用登録取消通知書(様式第3号)	- 21 -
事業者登録申請書(様式第4号)	- 22 -
協定書(様式第5号)	- 23 -
事業者登録変更届出書(様式第6号)	- 24 -
サービス提供実績報告書(様式第7-1号)	- 25 -
サービス提供実績報告書(様式第7-2号)	- 26 -

<支払関係様式>

口座振替依頼書兼債権者登録申請書	- 27 -
請求書	- 28 -

<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」	- 29 -
利用契約書	- 30 -

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			生年月日	年 月 日	
	氏名					
	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48時間を上限とする。 （保育所・学校等における看護の実施の場合は、別途、年144時間を上限とする。 ※令和8年3月31日まで）

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)

第 号
年 月 日

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

印

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	

〒
福岡市 区
福岡市役所 局 部 課
(電話) 092- (FAX) 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 代表者の氏名及び住所		(変更後)
定款・寄付行為等及びその登記簿の謄本又 6 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

(あて先) 福岡市長

所在地

名 称

代表者 (役職名)

(氏名)

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
当該1年間(※1)における累計利用時間 (本件実績までを含む)			時間 / 48時間	

日付	サービス提供時間※2		サービス 算定時間※4	備考※3	サービス 実施場所
	開始時刻	終了時刻			
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()
日	:	:	:		1 自宅(保険適用外の時間) 2 自宅外でのケア 3 その他()

サービス算定時間 合計	:
-------------	---

※1 当該1年間とは、4月1日～翌3月31日までを指します。

※2 健康保険法の適用対象となる訪問看護の時間を除いてください。

※3 同日に複数事業所がサービスを提供した場合、他の事業所について、事業所名およびサービス提供時間を記載してください。

※4 日ごとのサービス算定時間は、サービス提供時間数を記載し、サービス算定時間合計は、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。

※5 利用登録者の当該サービス提供月の実績内容について報告してください。

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

(あて先) 福岡市長

所在地
名 称
代表者 (役職名)
(氏名)

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
当該1年間(※1)における累計利用時間 (本件実績までを含む)			時間 / 1 4 4 時間	

日付	サービス提供時間		サービス 算定時間※3	備考※2	サービス 実施場所※4
	開始時刻	終了時刻			
日	:	:	:		1 保育所 (登園・降園) 2 保育所 (所内・所外活動) 3 学校 (登校・下校) 4 学校 (校内・校外活動等)
日	:	:	:		1 保育所 (登園・降園) 2 保育所 (所内・所外活動) 3 学校 (登校・下校) 4 学校 (校内・校外活動等)
日	:	:	:		1 保育所 (登園・降園) 2 保育所 (所内・所外活動) 3 学校 (登校・下校) 4 学校 (校内・校外活動等)
日	:	:	:		1 保育所 (登園・降園) 2 保育所 (所内・所外活動) 3 学校 (登校・下校) 4 学校 (校内・校外活動等)
日	:	:	:		1 保育所 (登園・降園) 2 保育所 (所内・所外活動) 3 学校 (登校・下校) 4 学校 (校内・校外活動等)
日	:	:	:		1 保育所 (登園・降園) 2 保育所 (所内・所外活動) 3 学校 (登校・下校) 4 学校 (校内・校外活動等)
サービス算定時間 合計			:		

※1 当該1年間とは、4月1日～翌3月31日までを指します。

※2 同日に複数事業所がサービスを提供した場合、他の事業所について、事業所名およびサービス提供時間を記載してください。

※3 日ごとのサービス算定時間は、サービス提供時間数を記載し、サービス算定時間合計は、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。

※4 利用登録者の当該サービス提供月の実績内容について報告してください。

保育所・学校にて利用した場合の報告書
(登下校・校内・校外活動等)

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

- 債権者情報として、口座を登録することに同意します。
- 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。

R3.4改正

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**」を実施します。

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。

【サービス内容例】 ◆ 親戚、友人宅や外出先でおこなう訪問看護

◆ 病院受診時の付き添い

◆ 図書館や博物館などへ出掛ける際の付き添い など

- ◆ 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。
- ◆ 訪問看護事業者がサービスを提供することができると判断した内容・場所であれば、制限はありません。
- ◆ 看護を伴わない見守り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**まで

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。

- ◆ 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。
- ◆ 交通費や外出先で発生する訪問看護以外の費用(施設の入場料など)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。

- ① 利用している訪問看護事業者が、本事業の登録事業所になっているか確認してください。
- 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されます。)
- ④ 福岡市から訪問看護事業者を経由して利用者へ登録決定通知書を送付します。
- ⑤ 登録決定通知書を受け取ったら、訪問看護事業者と利用契約を締結してください。
- ⑥ ⑤の利用契約締結後、本事業の利用が可能となります。

詳細は裏面をご覧ください

制度に関する問い合わせ先

〒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48時間を限度として利用することができます。**
- ◆ 健康保険法では、自宅での利用が対象となりますが、本事業での利用は、訪問看護事業者が訪問看護を提供できると判断した場所であれば、利用場所の制限はありません。

(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。
- ※ 交通費や外出先で発生する訪問看護以外の費用(施設の入場料など)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」の利用ができるか、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
 - 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
- ※ ①の「**利用登録申請書**」は、**現在利用している訪問看護事業者**(福岡市と委託契約を結んでいるもの)**から入手してください。**(福岡市のホームページからも入手できます。)

(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、訪問看護事業者を経由して、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経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してください。

(5)サービスの利用

- ◆ 事前に利用場所等を訪問看護事業者ご確認ください。
- ◆ (4)で送付した利用登録決定通知書に記載されている訪問看護事業者でなくても、本事業の登録事業者であれば、本事業のサービスを利用できます。
- ◆ 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。

福岡市医療的ケア児在宅レスパイト事業の拡充について

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5年9月1日**より**拡充**します。

拡充内容

保育所・学校等に在籍する医療的ケア児を対象とし、
保育所・学校等(登下校、校内・校外活動等)における訪問看護を実施する場合、利用することができるようになりました。

- ◆利用の範囲は、保育所・学校等の登下校時や校内・校外活動等において必要となる看護を実施する場合のみ
- ◆学校看護師による医療的ケアの対象となる場合は、利用できません。

利用可能時間

医療的ケア児一人につき年間**144時間**まで

- ◆従来の年間48時間とは、別枠で利用できます。

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。

- ◆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。
- ◆交通費や外出先で発生する訪問看護以外の費用(施設の入場料など)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。

拡充期間

令和5年9月1日～令和8年3月31日まで

制度に関する問い合わせ先

〒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](https://www.city.fukuoka.lg.jp/kodomo-mirai/shogaijishien/health/syogaij-sien/ikeaji-resupaito.html) で検索してください。

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



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ることができます。

- 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