

# 福島市障がい者通所交通費助成事業の手引き

## 【目次】

- 1 制度の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1
- 2 助成対象者・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 1
- 3 助成対象となる交通手段及び助成額・・・・ P 2
- 4 申請者及び申請に必要なもの・・・・・・・・ P 3
- 5 申請書記入例・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 3
- 6 登録内容に変更等があった場合・・・・・・ P 5
- 7 助成金の請求・・・・・・・・・・・・・・・・・・ P 8
- 8 請求書記入時の注意事項・・・・・・・・・・・・ P 9

福島市役所 健康福祉部 障がい福祉課

電話 024-525-3796

令和6年8月 発行

# 1 制度の概要

福島市では、公共交通機関や事業所が実施する有料送迎サービスを利用し、障がい福祉サービスを提供する事業所等に通所している障がい者の方を対象に、交通費の一部を助成しています。

※登録申請した月分から助成対象になります。

# 2 助成対象者

(1) または (2) のいずれかに該当する方。

ただし、(3) に該当する場合は対象外となります。

(1) 障がい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28条に規定する以下のサービスを福島市で支給決定され、通所している方

介護給付	生活介護
訓練等給付	就労継続支援 (A型、B型) ※自立訓練及び就労移行支援は対象外です

(2) 身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳または自立支援医療 (精神通院医療) 受給者証が交付されている方で、地域活動支援センターに通所している方

ただし、法に基づく障がい福祉サービスの支給決定を受けていない方は、福島市に居住し、かつ福島市に住民登録されている方

(3) ・生活保護を受給している方

・申請 (登録) した居所以外からの通所分

・法に基づく障がい福祉サービスの支給決定を他自治体から受けている方

### 3 助成対象となる交通手段及び助成額

#### (1) 助成対象となる交通手段

公共交通機関 ※複数利用可	・福島交通バス ・JR ・阿武隈急行	・福島交通飯坂電車 ・JRバス など
事業所の送迎	事業所が実施する有料送迎サービス	

※制度の対象となる交通手段は、公共交通機関または事業所が実施する有料送迎サービスのいずれかになります。これらを併用して通所する場合は、一方の交通手段で登録申請してください。

なお、公共交通機関を複数利用し、請求することは可能です。

#### (2) 一月の助成額及び助成上限額

交通手段	一月の助成額	助成上限額
公共交通機関	一月に要した費用の 1/2の額	5,000円
事業所の送迎	一月に要した費用の 1/2の額	3,000円

※助成額は一月を単位として算出します。基本的な助成額は、一月に要した費用の1/2の額となりますが、公共交通機関及び事業所送迎のそれぞれに異なった助成上限額を設けています。

## 4 申請者及び申請に必要なもの

### (1) 申請者

申請者は、通所者または交通費を負担している保護者等のいずれかになります。申請者は、受給資格者（口座名義人）として登録となりますので、申請する際にお間違えのないようご注意ください。

### (2) 申請に必要なもの

- ①障がい者通所交通費助成金受給資格登録申請書（様式第1号）
- ②申請者の通帳の写し

## 5 申請書記入例

### ①申請日

- ・障がい福祉課に提出する日付を記入してください。

### ②申請者

- ・受給資格者（口座名義人）の住所、氏名等を記入してください。

### ③通所者

- ・通所者の氏名、住所、生年月日等を記入してください。
- ・障害者手帳をお持ちでなく、自立支援医療（精神通院医療）受給者証のみお持ちの方の手帳欄については、下記のとおり記入してください。

手 帳	種別	手帳番号	交付年月日	障害程度
	身体・療育・精神	精神通院 1234567	○年○月○日	

### ④支払希望金融機関

- ・受給資格者の名義の口座を記入してください。

障がい者通所交通費助成金受給資格登録申請書

① ○年 ○月 ○日

福島市長

②

住 所 福島市五老内町3番1号

申 請 者 氏 名 通所 太郎

(受給資格者)

通所者との続柄 父

〒 ○○○ (○○○) ○○○

③

下記のとおり、通所交通費助成金の受給資格の登録を申請します。

通所者氏名	通所 小太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女	
住 所	福島市五老内町3番1号			
生年月日	○年 ○月 ○日			
障がい福祉サービス	1 生活介護事業		<input checked="" type="checkbox"/> 2 就労継続支援事業	
手 帳	種別	手帳番号	交付年月日	障害程度
	身体・ <input checked="" type="checkbox"/> 療育・精神	○○県 第○○号	○年○月○日	B
通所施設名	○○○○○事業所			
交通機関及び乗車区間	交通機関 JR	乗車区間 ○○駅 ~ ○○駅		
	交通機関 福島交通バス	乗車区間 ○○駅 ~ ○○駅		
生活保護受給	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			

④ 支 払 希 望 金 融 機 関	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 銀行 金庫 組合	(フリガナ) 口座名義	ツウショ タロウ
	○○	<input checked="" type="checkbox"/> 本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店・支所 出張所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通 2 当座
			口座番号	1 2 3 4 5 6 7

## 6 登録内容に変更等があった場合

通所者や受給資格者に、以下のいずれかの事由が生じた場合には、「障がい者通所交通費助成事業利用変更（終了）届（様式第4号）」を障がい福祉課に提出してください。

- (1) 通所者の氏名または住所に変更があった場合
- (2) 受給資格者の氏名または住所に変更があった場合
- (3) 通所者の通所先（事業所）に変更または追加があった場合
- (4) 受給資格者の振込希望の口座内容に変更があった場合
- (5) 交通手段または公共交通機関の乗車区間に変更があった場合
- (6) 受給資格喪失要件に該当した場合

（例：通所しなくなった、生活保護を受給した等）

なお、（4）については、通帳の写しを併せてご提出ください。

様式第4号

障がい者通所交通費助成事業利用変更（終了）届

○年 ○月 ○日

福島市長

住 所 福島市五老内町3番1号

申 請 者 氏 名 通所 太郎

(受給資格者)

通所者との続柄 父

TEL ○○○ (○○○) ○○○

福島市障がい者通所交通費助成事業実施要綱に基づく受給資格について、下記のとおり  
変更 ~~-(終了)-~~ がありますので届けます。

通所者氏名	通所 小太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 · 女
住 所	福島市五老内町3番1号	
生年月日	○年 ○月 ○日	
変更事由	1 通所者の氏名 2 通所者の住所 3 受給資格者の氏名 4 受給資格者の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 5 通所施設（変更・追加） 6 交通機関 7 乗車区間 <input checked="" type="checkbox"/> 8 受給資格者の口座 9 その他（ ）	
変更年月日	○年 ○月 ○日	
変更内容	( 5 ) 変更前 ○○○○○事業所	
	変更後 △△△△△事業所	
	( 8 ) 変更前 ○○銀行 ○○支店 普通 1 2 3 4 5 6 7	
	変更後 △△銀行 △△支店 普通 7 6 5 4 3 2 1	
終了事由		
終了年月日	年 月 日	

様式第4号

障がい者通所交通費助成事業利用変更（終了）届

○年 ○月 ○日

福島市長

住 所 福島市五老内町3番1号

申 請 者 氏 名 通所 太郎

(受給資格者)

通所者との続柄 父

TEL ○○○ (○○○) ○○○

福島市障がい者通所交通費助成事業実施要綱に基づく受給資格について、下記のとおり変更  (終了)  がありますので届けます。

通所者氏名	通所 小太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 男 ・ 女
住 所	福島市五老内町3番1号	
生年月日	○年 ○月 ○日	
変更事由	1 通所者の氏名 2 通所者の住所 3 受給資格者の氏名 4 受給資格者の住所 5 通所施設（変更・追加） 6 交通機関 7 乗車区間 8 受給資格者の口座 9 その他（ ）	
変更年月日	年 月 日	
変更内容	（ ） 変更前	
	変更後	
	（ ） 変更前	
	変更後	
終了事由	通所しなくなったため	
終了年月日	○年 ○月 ○日	

## 7 助成金の請求

### (1) 請求月

- ・請求月は、4月・7月・10月・1月の年4回です。
- ・各月の前月分までの3ヵ月分を請求することになります。

### (2) 請求方法

- ・受給資格者は、「障がい者通所交通費助成金請求書兼通所証明書（様式第5号）」を作成し、事業所に提出します。（事業所証明欄以外のところを記入してください。）
- ・受給資格者から提出された後、事業所の代表者の方は、事業所証明欄を記入し、請求月の10日までに、障がい福祉課へ提出します。（締め切りを過ぎて提出する場合は、遅延理由書が必要になります。）
- ・請求期日が土曜日、日曜日または祝日の場合には、次の市役所が開いている日に請求期日を繰り下げて提出してください。
- ・4月11日以降は、前年度分の請求書は提出できません。ただし、4月10日が土曜日、日曜日または祝日の場合には、次の市役所が開いている日が請求期日となります。必着となりますので、郵送の場合はご注意ください。

### (3) 支払日

- ・請求月の翌月10日までにお支払いします。
- ・請求月の翌月10日が土曜日、日曜日または祝日の場合には、支払日を繰り上げてお支払いします。

### (4) 提出方法

次のいずれかの方法で提出してください。

①障がい福祉課窓口へ請求書を持参

②メールでの提出

- ・メールで提出する際には、障がい福祉課担当へ必ず電話連絡ください。
- ・提出の際は以下のメールアドレスへお送りください。

[syougai@mail.city.fukushima.fukushima.jp](mailto:syougai@mail.city.fukushima.fukushima.jp)

## 8 請求書記入時の注意事項

### ① 申請日

- ・ 障がい福祉課に提出する日付を記入してください。
- ・ 4月請求分については、提出日に関わらず、3月31日付けで記入してください。

### ② 受給資格者

- ・ 認定番号、氏名を記入してください。
- ・ 受給資格者は通所者ではなく、保護者等で登録している場合がありますので、お間違えのないようご注意ください。

### ③ 請求金額

- ・ 「請求金額」に各月の交通費の1 / 2の金額を記入してください。  
(10円未満切り捨て)
- ・ 一月の助成限度額(5,000円または3,000円)を超えての請求はできませんのでご注意ください。

### ④ 請求合計

- ・ 各月の請求金額を足したものを記入してください。

### ⑤ 通所者

- ・ 氏名、使用交通機関等、記入してください。
- ・ 経路欄は、通所のために利用した公共交通機関及びその区間(駅名、バス停名)を記入してください。事業所が実施する有料送迎サービスを利用した場合は、「事業所送迎」と記入してください。

### ⑥ 事業所証明

- ・ 日付は、①と同じ日付を記入してください。
- ・ 事業所名、代表者の役職名や氏名を記入してください。

### ⑦ その他

- ・ 金額等を修正する際は、事業所代表者印(ただし項目①から④は受給資格者の印)を押印の上正しい金額等を記入してください。

※修正テープや消えるペンは受付できませんので、ご注意ください。

障がい者通所交通費助成金請求書兼通所証明書

① 年 月 日

福島市長

②

認定番号  
受給資格者  
氏名

助成金の支給について、次のとおり請求します。（請求金額に10円未満の端数が生じた場合は切り捨て）

③

月別	月分	月分	月分	④
請求金額	0 円	0 円	0 円	0 円

⑤

通所者 氏名	
使用 交通 機関	※使用した交通機関に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 福島交通バス <input type="checkbox"/> 福島交通飯坂電車 <input type="checkbox"/> 阿武隈急行 <input type="checkbox"/> J R <input type="checkbox"/> J R パス <input type="checkbox"/> 事業所実施有料送迎サービス <input type="checkbox"/> その他 ( )

⑥

月別	通所日数	経路	交通費内訳	
月分	日		①回数券	円 × 回利用 = 0 円
			②現金	円 × 回利用 = 0 円
			③定期乗車券	ヶ月定期 年 月 日まで有効 0 円
			④事業所が実施する有料送迎サービス	0 円
			月計 (A)	0 円
月分	日		①回数券	円 × 回利用 = 0 円
			②現金	円 × 回利用 = 0 円
			③定期乗車券	ヶ月定期 年 月 日まで有効 0 円
			④事業所が実施する有料送迎サービス	0 円
			月計 (B)	0 円
月分	日		①回数券	円 × 回利用 = 0 円
			②現金	円 × 回利用 = 0 円
			③定期乗車券	ヶ月定期 年 月 日まで有効 0 円
			④事業所が実施する有料送迎サービス	0 円
			月計 (C)	0 円

上記のとおり通所したことを証明します。

年 月 日

事業所名

代表者  
職・氏名