

○茅ヶ崎市在宅重度障害者福祉タクシー利用助成要綱

昭和59年4月1日
要綱

(目的)

第1条 この要綱は、在宅の重度障害者（以下「重度障害者」という。）の積極的な社会参加及び生活圏の拡大をすすめる一助として、タクシー（ハイヤーを含む。）を利用することにより重度障害者の福祉の増進を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 この要綱により助成を受けられる重度障害者は、市内に住所を有する者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 身体障害者手帳を所持する者で、下肢・体幹・視覚及び内部障害者で障害の程度が2級以上の者
- (2) 児童相談所又は障害者更生相談所において知能指数が35以下と判定された者並びに療育手帳A1及びA2を所持している者
- (3) 前号に準ずる者で、市長が特に必要と認めた者

2 前項の規定は、茅ヶ崎市身体障害者自動車燃料費助成要綱（昭和59年4月1日施行）による助成を受けている者及び茅ヶ崎市重度障害者福祉手当に関する条例（昭和48年4月1日施行）の第7条第1号に該当する者については適用しない。

(申請)

第3条 在宅重度障害者福祉タクシー（以下「福祉タクシー」という。）利用助成を受けようとする者は、身体障害者手帳、又は療育手帳を提示し、福祉タクシー利用券交付申請書（第1号様式）を提出し、福祉タクシー利用券（以下「利用券」という。）の交付を市長に申請しなければならない。

(交付)

第4条 市長は、前条の規定による申請があったときは、資格要件を審査し、第2条第1項各号の1に該当すると認めた者に対し、茅ヶ崎市福祉タクシー利用券（第2号様式）を交付するものとする。

2 前項の利用券の交付枚数は、交付申請があった日の属する月分を含め、1月4枚を単位とし、年間48枚を限度とする。ただし、同一年度内の利用券の再交付はしない。

3 やむを得ない事情により窓口以外での交付を希望する者には、第2項に定める枚数を上限として、枚数を変更して交付することができる。

(割増交付)

第5条 第2条に規定する対象者のうち、じん臓機能障害の身体障害者手帳を所持する者は、前条の規定に加えて、月4枚の割増交付を受けられるものとする。

(利用の方法)

第6条 利用券を使用してタクシーに乗車するときは、運賃が500円以上1,000円未満の場合は1枚まで、運賃が1,000円以上の場合は2枚まで、タクシー運転者に引き渡すものとする。運賃と利用券の券面額との差額があるときは、利用券の交付を受けた者（以下、「利用者」という。）がこれを負担する。

(助成額)

第7条 助成額は、利用券1枚につき500円とする。

(有効期限)

第8条 利用券の有効期限は、交付した日の属する年度の末日までとする。

(届出義務)

第9条 利用者が第2条第1項の対象者でなくなったときは、茅ヶ崎市福祉タクシー利用者資格喪失届出書（第3号様式）に当該利用券の残余がある場合にはそれを添えて届け出なければならない。

(利用券使用上の制限)

第10条 利用者は、次の各号に掲げる行為をしてはならない。

- (1) この要綱の目的に反して利用券を使用すること。
- (2) 利用券を第三者に譲渡すること。

2 市長は、利用者が偽り、その他の不正な手段により前項の行為をしたときは、その者から当該利用券相当額を返還させることができる。

(交付台帳)

第11条 市長は、利用券の交付状況を明らかにするため、利用券交付台帳を備えるものとする。

(協定書)

第12条 市長は、福祉タクシー利用助成事業を理解するタクシー事業者との間に福祉タクシー利用協定を締結する。

(助成金の支払)

第13条 前条の協定を締結したタクシー事業者は毎月10日までに前月分の利用券をとりまとめ、市長の定める方法により利用料金を請求するものとする。

2 利用者が協力会社タクシー会社以外の利用で、通院目的があり障害者本人の乗車が明らかな場合で運賃を立替えたときは、タクシー会社の発行する領収書1枚につき利用券を第6条に定める枚数まで添付し請求するものとする。

3 市長は、前2項の請求があったときは、その日から30日以内に利用料金を支払うものとする。

(委任)

第14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

この要綱は、昭和59年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成27年1月1日から施行する。

2 この要綱の施行の日の前日において特定疾患治療研究事業実施要綱の規定により医療費の給付を受けていた者で支給認定を受けていないものは、改正後の第2条第1項第3号の規定にかかわらず、平成27年3月31日までの間、現に交付を受けている利用券を使用することができる。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

2 この要綱の施行のために必要な準備行為は、この要綱の施行の日前においても、行うことができる。

第1号様式(第3条)

年 度 福 祉 タ ク シ ー 利 用 券 交 付 申 請 書

(宛先)茅ヶ崎市長

申請日 年 月 日

茅ヶ崎市福祉タクシー利用券の交付を次のとおり申請します。

郵送申請時 同意確認	私は、郵送での申請に際し、市が福祉タクシー利用券交付要件を確認するため、 申請者の障害者手帳の情報を確認することに <input type="checkbox"/> 同意します <input type="checkbox"/> 同意しません 障害者手帳の写し(開いた状態で両面をコピー)を添付してください
---------------	--

申請者(使う人)	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日
	氏名			電話番号	
	住所	〒		受領確認	
	(手帳内側の個別等級を確認)	じん臓機能障害	個別等級	<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	
		下肢障害		<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	
		体幹機能障害		<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級	
視覚障害		<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級			
内部障害 (心臓、呼吸器、ぼうこう又は直腸、小腸、免疫、肝臓機能障害)		<input type="checkbox"/> 1級 / <input type="checkbox"/> 2級			
有無	療育手帳	<input type="checkbox"/> A1 / <input type="checkbox"/> A2			
	知能指数35以下	<input type="checkbox"/>			
施設入所の有無	申請日現在、特別養護老人ホーム、養護老人ホーム、障害児者入所施設に入所していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム / <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム / <input type="checkbox"/> 障害児者入所施設)				

※ あなたが代理人のときは、下の欄も記入してください。

代理人	フリガナ			電話番号		
	氏名					
	住所	〒		申請者との関係		
		<input type="checkbox"/> 申請者と同じ				

◆職員記入欄

利用券No.	(腎臓2冊目)	交付年月日

第2号様式(第4条)

茅ヶ崎市福祉タクシー利用券		No. _____
障害者手帳等の 提示をしてください		助成額 500円
乗車賃金が1,000円を超えた場合、2枚まで利用できます		
利用年月日 ____年 ____月 ____日	有効期限	____年 ____月 ____日 茅ヶ崎市長

利用券 裏

乗務員の方へ	
1. 身体障害者手帳又は療育手帳でご利用者の方の本人確認をお願いします。	
2. 本券の利用者は、障害等のある方ですので、ご配慮のほど、よろしくお願いします。	
3. 利用者の方には、障害者割引の1割分を引き、本券1枚につき500円を引いた額を請求してください。	
4. 使用できるのは乗車1回につき2枚までです。	
5. 本券はお釣りができません。乗車料金が500円以上かかった場合に使用可能です。	
6. 本券相当額は、協力タクシー会社を通じて請求してください。	
協力タクシー会社名 _____	
※問い合わせ先 電話0467(82)1111 茅ヶ崎市障がい福祉課 内線(3211～3216)	

第3号様式（第9条）

茅ヶ崎市福祉タクシー利用者資格喪失届出書

年 月 日		
(宛先) 茅ヶ崎市長		
届出人 住 所 氏 名 対象者との関係		
茅ヶ崎市在宅重度障害者福祉タクシー利用助成事業の対象者の資格を喪失しましたので、 次のとおり届出します。		
福祉 タクシー 利用者 対象者 利用券	氏 名	
	住 所	
	生年月日	
喪失年月日	年 月 日	
喪失理由		

注；喪失の理由は具体的に記入してください。

第 1 号様式 (第 3 条)

第 2 号様式 (第 4 条)

第 3 号様式 (第 9 条)