　　　十日町市紙おむつ等購入費支給事業実施要綱

平成19年１月19日

十日町市告示第12号

　（目的）

第１条　この告示は、在宅において紙おむつ等を必要とする対象者に対し、紙おむつ等の購入費を支給することにより、対象者が属する世帯の介護負担及び経費負担の軽減を図り、もって該当世帯の福祉の向上を図ることを目的とする。

　（支給対象用品）

第２条　支給の対象となる用品（以下「紙おむつ等」という。）は、次に掲げるものとする。

　(1)　紙おむつ

　(2)　補助パッド

　(3)　その他前２号と同等の機能を有すると市長が認めた用品

　（対象者）

第３条　この事業の対象者は、市内に住所を有し、排泄障がいにより常時紙おむつ等を必要する者のうち、次の各号のいずれにも該当する者とする。

　(1)　介護保険法（平成９年法律第123号）第19条第１項の規定に基づき、要介護１から要介護５までのいずれかに認定された者で、介護保険施設に入所をしていないもの

　(2)　十日町市日常生活用具給付事業実施要綱（平成20年十日町市告示第28号）に基づく日常生活用具給付事業その他の制度による紙おむつ等の支給を受けていないもの

　(3)　対象者の属する世帯（以下「対象世帯」という。）の中で紙おむつ等購入費の支給を受けようとする年度（当該年度の６月の市民税賦課決定前にあっては、前年度）に市民税の所得割を課税される者がいないこと

２　前項の規定にかかわらず、市長が特に必要と認めた場合は、この事業の対象者とすることができる。

　（支給の申請）

第４条　紙おむつ等購入費の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、紙おむつ等購入費支給申請書（様式第１号。以下「支給申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

　（支給の決定）

第５条　市長は、前条の申請書を受理したときは、介護認定審査会の審査結果又は市職員による調査結果により支給の要否を決定し、紙おむつ等購入費支給決定（却下）通知書（様式第２号）により申請者に通知しなければならない。

　（支給額及び支給方法）

第６条　紙おむつ等購入費の支給額は、第３条第１項第３号に規定する紙おむつ等購入費の支給を受けようとする年度の市民税課税状況により決定するものとする。ただし、支給申請書を当該年度の５月末日までに受理した場合は、前年度の市民税課税状況により決定する。

２　前項の場合において、紙おむつ等購入費の支給限度額は、次のとおりとする。

　(1)　市民税均等割のみ課税世帯　月2,000円

　(2)　市民税非課税世帯又は生活保護世帯　月4,000円

３　紙おむつ等購入費の支給は、紙おむつ等給付券（様式第３号。以下「給付券」という。）の交付をもって行う。

４　前項の場合において、給付券の交付は、支給申請書を受理した日の属する月の翌月から行うものとする。

　（指定店の指定）

第７条　市長は、第２条に規定する支給対象用品を取扱う市内の事業所を指定店とするものとし、指定店の指定は、申請に基づいて行うものとする。

２　指定店の指定を受けようとする者は、紙おむつ等取扱店指定申請書（様式第４号）を市長に提出しなければならない。

３　市長は、前項の申請書を受理したときは、申請内容を審査し、指定することが適当と認めるときは、紙おむつ等取扱店指定決定通知書（様式第５号）により、申請者に通知するものとする。

　（給付券の利用）

第８条支給の決定を受けた者（以下「受給者」という。）は、次に掲げるところにより給付券を利用しなければならない。

　(1)　前条に規定する紙おむつ等取扱指定店（以下「指定店」という。）において、給付券と紙おむつ等を引き換えること。

　(2)　給付券に記載された月に、紙おむつ等と引き換えること。

　（費用の請求）

第９条　給付券と紙おむつ等を引き換えた指定店は、紙おむつ等引換実績報告書（様式第６号）を作成のうえ、当該給付券を添えて市長に請求するものとする。

２　前項の規定による請求は、各月分についての翌月10日までに行うものとする。

　（費用の負担）

第10条　受給者は、給付券に記載された支給限度額を超えて紙おむつ等と引き換えたときは、その費用から当該支給限度額を控除した額を指定店に支払わなければならない。

　（目的外の利用の禁止等）

第11条　受給者及び指定店は、紙おむつ等以外の金品又はサービスの対価として給付券の引換えをしてはならない。

２　受給者は、第３条第１項に規定する要件に該当しなくなったときは、交付された給付券を利用してはならない。

　（受給資格の消滅）

第12条　受給者が次の各号のいずれかに該当したときは、その者の受給資格は消滅する。

　(1)　転出により本市に住所を有しなくなったとき。

　(2)　死亡したとき。

　(3)　第３条第１項第１号及び第２号に該当しなくなったとき。

　(4)　受給者世帯の中で市民税の所得割を課税される者がいたとき。

　(5)　身体機能の回復等により、紙おむつ等が必要なくなったとき。

　（支給の決定及び指定の取消し）

第13条　市長は、偽りその他不正の行為により給付券を使用した者に対し、支給の決定を取り消すことができる。

２　市長は、給付費を不正に請求し、又は給付券に記載された対象者（当該受給者の代理人を含む。）以外の者と不当に引換えをした指定店に対し、指定の取消しをすることができる。

　（その他）

第14条　この告示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

　（施行期日）

１　この告示は、平成19年４月１日から施行する。

　（十日町市高齢者等介護用品購入費支給事業実施要綱の廃止）

２　十日町市高齢者等介護用品購入費支給事業実施要綱（平成17年十日町市告示第82号）は、廃止する。

　（十日町市重度心身障害児者紙おむつ等購入費支給事業実施要綱の廃止）

３　十日町市重度心身障害児者紙おむつ等購入費支給事業実施要綱（平成17年十日町市告示第113号）は、廃止する。

　（経過措置）

４　この告示の施行の日の前日までに、十日町市高齢者等介護用品購入費支給事業実施要綱又は十日町市重度心身障害児者紙おむつ等購入費支給事業実施要綱の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、それぞれこの告示の相当規定によりなされた処分、手続その他の行為とみなす。

　　　附　則（平成22年十日町市告示第372号）

　この告示は、平成22年10月１日から施行する。

　　　附　則（平成25年10月15日十日町市告示第474号）

　この告示は、公布の日から施行する。

　　　附　則（平成31年３月29日十日町市告示第68号）

　この告示は、平成31年４月１日から施行する。

　　　附　則（令和元年６月18日十日町市告示第40号）

　（施行期日）

１　この告示は、令和元年７月１日から施行する。

　（経過措置）

２　この告示による改正後の十日町市紙おむつ等購入費支給事業実施要綱の規定は、令和元年７月以後に支給される給付券から適用し、同年６月以前に支給される給付券については、なお従前の例による。

　　　附　則（令和５年２月27日十日町市告示第14号）

　（施行期日）

１　この告示は、令和５年７月１日から施行する。

　（経過措置）

２　この告示による改正後の十日町市紙おむつ等購入費支給事業実施要綱の規定は、令和５年７月以後に支給される給付券から適用し、同年６月以前に支給される給付券については、なお従前の例による。

様式第１号（第４条関係）

紙おむつ等購入費支給申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　十日町市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所　十日町市

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　（　　　）

　下記のとおり、紙おむつ等購入費の支給を申請します。

　また、この事業の利用の決定を目的とした場合に限り、世帯課税状況を調査することに同意します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | |
| フリガナ |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 対象者氏名 |  | | 性　別 | 男　・　女 |
| 住　　　所 | 〒  十日町市  行政区（　　　　　　） | | | |
| 要介護度 | | １　・　２　・　３　・　４　・　５ | | |
| おむつが必要になった時期 | | 年　　　月頃から | | |
| 紙おむつの１日の利用状況 | | 使用状況　　１日中　・　昼間のみ　・　夜のみ | | |
| 種類と枚数　紙おむつ 　　　枚　補助パッド 　　枚  　　　　　　防水シーツ 　　枚 | | |

＊市確認欄　ここには記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査員氏名 |  | 調査年月日 | 年　　月　　日 | |
| 支 給 決 定 | 決定　・　却下 | 支給開始年月 | 年　　月 | |
| 市民税課税状況 | ・所得割課税世帯  ・均等割のみ課税世帯  ・非課税世帯 | 支給額 | 2,000円・4,000円 | |
| 決定（却下）理由 | * 常時、排泄障がいがあると判断したため. * 常時、排泄障がいがないと判断したため． * 所得割課税世帯のため.   ＜日常生活自立度：寝たきり度　Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２＞  ＜日常生活自立度：認知症度　Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ｍ＞ | | | |
| 審査会日 | 年　　月　　日 | 要介護認定結果 | | 要介護 |
| 支給決定年月日 | 年　　月　　日 | 有効期間 | | 年　月　日 |

様式第２号（第５条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 〒  十日町市  様 | 年　　月　　日  十 日 町 市 長  （公印省略） |

紙おむつ等購入費支給決定(却下)通知書

　　年　　月　　日付けで申請のあった紙おむつ等購入費支給について、下記のとおり決定(却下)したので通知します。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号  受給者番号 |  | 被保険者氏名  受給者氏名 |  |
| 支　　　　給 | □決定　　　　　　・　　　　　　　　□却下 | | |
| 理由： | | |
| 支給金額 | 月額　　　　　　　　円 | | |
| 支給開始年月 | 年　　　月 | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第３号（第６条関係） | | | | | | | | | | |
| **紙おむつ等給付券（介護認定者用）** | | | | | | | | | 発行者　十日町市 | |
| 対　象　者 | 被保険者番号 | |  | | | | | 交付年月日 | | |
| 氏名 | |  | | | | |  | | |
| 住所 | |  | | | | |
| **年　　　月分　　　2,000円** | | | | | | | | | | |
| 利　用　状　況 | 利用日 | 月　　　　日 | | |  |  | 枚 数 | | | 小　計 （税込み） |
|  |  | |  | | 紙おむつ | 枚 | | | 円 |
| 店名 |  | |  | | 補助パッド | 枚 | | | 円 |
|  | | |  | | 防水シーツ | 枚 | | | 円 |
|  | | |  | | 利 　用 　額　　　　合 　計 | | | | 円 |
|  | | |  | | 請求額　(限度額　2,000円) | | | | 円 |

注意事項 ○ この給付券は、上記に記載された月のみ有効です。　○「紙おむつ等」以外の購入には利用できません。

○ 介護保険施設に入所したときは利用できません。　　○ 要支援１・２に認定されたときは利用できません。

様式第４号（第７条関係）

紙おむつ等取扱店指定申請書

年　　月　　日

十日町市長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号  所在地  申請者名 |  |

下記のとおり、紙おむつ等取扱店の指定を受けたいので、申請します。

記

１　指定店に関する事項

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | |
| 店　　名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | ファックス番号 |  |
| 担当者の職・氏名 | 職名 | 氏名 | |

２　取扱い紙おむつに関する事項

|  |  |
| --- | --- |
| (1)常時販売している場合 | |
|  | 販売している紙おむつ等の種類　(該当するものに○をつけてください。)  紙おむつ（平型・パンツ型・テープ型）　　補助パッド　　防水シーツ |
| (2)現在は販売していない場合 | |
|  | ①常時販売する予定の紙おむつ等の種類　(該当するものに○をつけてください。)  紙おむつ（平型・パンツ型・テープ型）　　補助パッド　　防水シーツ  ②販売の開始予定日  年　　　月　　　日頃 |

３　指定振込口座

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 |  | 支　店　名 |  |
| 預金種別 |  | 口座番号 |  |
| 口座名義人  (カタカナ) |  | | |

様式第５号（第７条関係）

紙おむつ等取扱店指定決定通知書

　　年　　月　　日

様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　十　日　町　市　長

　年　　月　　日付けで申請のあった紙おむつ等取扱店の指定について、

下記のとおり指定を決定したので通知します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 店　　　名 |  |
| 所　在　地 | 十日町市 |

様式第６号（第９条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 紙おむつ等引換実績報告書（介護認定者用） | | | | 年　　月分 | |  |
|  |  |  | 指定店名 |  | | |
|  |  |  |  |  |  | |
| 番号 | 被保険者番号 | 対象者氏名 | 販売日 | 販売額 | 請求額 | |
| 1 |  |  |  |  |  | |
| 2 |  |  |  |  |  | |
| 3 |  |  |  |  |  | |
| 4 |  |  |  |  |  | |
| 5 |  |  |  |  |  | |
| 6 |  |  |  |  |  | |
| 7 |  |  |  |  |  | |
| 8 |  |  |  |  |  | |
| 9 |  |  |  |  |  | |
| 10 |  |  |  |  |  | |
| 11 |  |  |  |  |  | |
| 12 |  |  |  |  |  | |
| 13 |  |  |  |  |  | |
| 14 |  |  |  |  |  | |
| 15 |  |  |  |  |  | |
| 16 |  |  |  |  |  | |
| 17 |  |  |  |  |  | |
| 18 |  |  |  |  |  | |
| 19 |  |  |  |  |  | |
| 20 |  |  |  |  |  | |
| 21 |  |  |  |  |  | |
| 22 |  |  |  |  |  | |
| 23 |  |  |  |  |  | |
| 24 |  |  |  |  |  | |
| 25 |  |  |  |  |  | |
|  | 人数計 |  | 合計 |  |  | |
|  |  |  |  |  |  | |
| ※販売額…給付券利用者に紙おむつ等を販売した額を記入。 | | | | | | |
| ※請求額…給付券１枚利用で2,000円以上の場合は「2,000円」、2,000円未満の場合は販売額を記入。 | | | | | | |
| 給付券２枚利用で4,000円以上の場合は「4,000円」、4,000円未満の場合は販売額を記入。 | | | | | | |