

○大崎市高齢者家族等介護用品助成事業実施要綱

平成21年3月19日

告示第39号

改正 平成23年1月27日告示第16号

平成23年11月25日告示第180号

平成26年9月30日告示第216号

平成26年11月25日告示第236号

平成27年12月18日告示第200号

(趣旨)

第1条 この要綱は、常時失禁状態にあり紙おむつ等の使用を必要とする在宅の高齢者（以下「高齢者」という。）を介護している家族（当該高齢者がひとり暮らしであるときは当該高齢者。以下「家族等」という。）に対して、介護用品の購入に要する代金の一部を助成することにより、家族等の経済的負担の軽減を図るとともに、高齢者の在宅生活の継続を支援するため、大崎市高齢者家族等介護用品助成事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 常時失禁状態 排泄に関して不随意の漏れがあり、それが多角的に認められ、社会的に、また、衛生上で問題のある状態をいう。
- (2) 家族介護者 高齢者と同居する親族（同居していないが、同一敷地内に居住し、高齢者と生計を一にしている親族を含む。）で、高齢者の主たる介護者をいう。
- (3) 介護用品 紙おむつ又は尿取りパット及びそれらの使用に付随して必要となる、使い捨て手袋、ドライシャンプー及び清拭剤をいう。

(4) 薬局等 医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）第25条第1号に規定する店舗販売業の許可を受けた者をいう。

（平23告示180・平26告示236・一部改正）

（対象者）

第3条 事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、介護保険法（平成9年法律第123号）第19条第1項に規定する要介護認定又は同条第2項に規定する要支援認定（以下「要介護等認定」という。）を受けている者（病院、診療所等に入院中に要介護等認定期間が満了し、その後の入院期間において要介護等認定を更新しないこととなった者で、医師が紙おむつの使用が必要と認める者を含む。）で、市内に住所を有する60歳以上の高齢者の**家族介護者**（当該高齢者がひとり暮らしであるときは、その本人。以下同じ。）とする。

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する家族介護者は、対象者から除くものとする。

(1) **生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定に基づく被保護者**

(2) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）の規定に基づく支援給付を受けている者

（平26告示216・一部改正）

（助成金額）

第4条 事業の助成金額は、対象者が支払う介護用品代のうち、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額とする。

(1) 対象者（対象者が高齢者本人である場合を除く。）の世帯に属する**世帯員**（現に生計を同一にすると認められる者を含む。）が次条

の規定による申請のあった年度において市町村民税（申請日が4月1日から6月14日までの間であるときは、前年度の市町村民税）が課税されていない場合 1月当たり2,500円

(2) 前号に掲げる以外の場合 1月当たり1,500円

(利用の申請)

第5条 事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、大崎市高齢者家族等介護用品助成券交付申請書（様式第1号。以下「申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

(利用の決定等)

第6条 市長は、前条の規定による申請書を受理したときは、その内容を審査の上、交付の可否を決定し、大崎市高齢者家族等介護用品助成券交付決定（却下）通知書（様式第2号）により、申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により交付の決定した者（以下「利用者」という。）に対し、大崎市高齢者家族等介護用品助成券（様式第3号。以下「助成券」という。）を交付するものとする。

3 前項の規定により交付する助成券は、利用者1人につき1月当たり1枚とし、申請日の属する月の翌月から最初の3月までの分を一括して交付する。ただし、申請日が4月1日から4月15日のときは、申請日の属する月の分から最初の3月までの分を交付することとする。

(利用方法)

第7条 利用者は、薬局等において介護用品を購入するときに、その支払いの一部又は全部として、助成券を提出することができる。

(助成券の有効期限)

第8条 助成券の有効期限は、助成券を交付した日の属する年度の末日とする。

(譲渡, 貸与の禁止)

第9条 利用者は, 助成券を他人に譲渡し, 又は貸与してはならない。

(助成券の返還等)

第10条 利用者又はその遺族は, 次の各号のいずれかに該当するときは, 速やかに大崎市高齢者家族等介護用品助成券返還届(様式第4号)を市長に提出するとともに, 有効期限の到来しない助成券を返還しなければならない。

(1) 高齢者が死亡又は転出したとき。

(2) 高齢者が第3条に規定する対象者でなくなったとき。

(3) 助成券が不用になったとき。

(手続の代行)

第11条 申請者は第5条に規定する利用の申請に関する手続を, 利用者は第10条に規定する返還等の届出に関する手続を, 当該申請者又は利用者に代わって, その親族, 民生委員, 地域包括支援センター又は指定居宅介護支援事業者に行わせることができる。

(不正利得の返還)

第12条 市長は, 利用者が偽りその他不正な行為により助成券の交付を受け, 又は使用したときは, 当該利用者に対し, 助成券の返還を求め, 既に使用した助成券がある場合には, その助成額について返還させることができる。

(助成券を利用できる薬局等)

第13条 助成券を利用できる薬局等は, 市とこの事業に関し協定を締結した市内の薬局等とする。

(助成金の請求)

第14条 薬局等は, 利用者が助成券により介護用品を購入した日の属する月の分について, 翌月10日までに, 大崎市高齢者家族等介護用品助

成金請求書（様式第5号。以下「請求書」という。）に助成券を添付し、市長に請求するものとする。

（助成金の支払）

第15条 市長は、前条の規定による請求書を受理したときは、その内容を審査の上、速やかに助成金を支払うものとする。

（交付台帳の整備）

第16条 市長は、事業を適正に実施するため、大崎市高齢者家族等介護用品助成券交付台帳（様式第6号）を整備するものとする。

（資料の提出）

第17条 市長は、事業の適正に資するため、薬局等に対し、利用者の助成券使用記録等、使用状況に関する資料の提出を求めることができるものとする。

（その他）

第18条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施に関し必要な事項は、民生部長が別に定める。

附 則

この告示は、平成21年4月1日から施行する。

附 則（平成23年1月27日告示第16号）

この告示は、平成23年2月1日から施行する。

附 則（平成23年11月25日告示第180号）

この告示は、平成23年12月1日から施行する。

附 則（平成26年9月30日告示第216号）

この告示は、平成26年10月1日から施行する。

附 則（平成26年11月25日告示第236号）

この告示は、平成26年11月25日から施行する。

附 則（平成27年12月18日告示第200号）

この告示は、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号）附則第1条第4号に掲げる規定の施行の日から施行する。

様式第1号(第5条関係)

年 月 日

大崎市長 様

申請者 住 所
氏 名 ①
電話番号 ー

大崎市高齢者家族等介護用品助成券交付申請書

大崎市高齢者家族等介護用品助成券の交付を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

高齢者の 状況	住 所			
	氏 名		電話番号	ー
	生年月日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
	個 人 番 号		年 齢	歳
	介護保険被保険者番号		認定月日	年 月 日
	要介護(支援)状態区分		有効期限	年 月 日
	身体障害者手帳等	有 ・ 無	交付番号 第 号	障 害 名 等 級 種 級
世帯 員の 状況	氏 名	生 年 月 日	統 柄	備 考
		年 月 日(歳)		
		年 月 日(歳)		
		年 月 日(歳)		
		年 月 日(歳)		

※1 別紙1の「市町村民税の課税状況及び要介護等認定状況の調査に関する同意書」を添付してください。

※2 入院中に医師の紙おむつ使用証明によって申請する場合は、別紙2の「紙おむつ使用証明書」を添付してください。

※3 申請日の属する年度において、他市町村から市町村民税が賦課されている世帯員がいる場合には、当該市町村の発行する非課税証明書を添付してください。

申請手続代行者

住所(申請者と同居の場合は不要)	氏 名	本人との関係	電話番号
			ー

※ 申請者は、以下に記入しないでください。

審査結果(担当課使用欄)	市町村民税世帯課税状況	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 課税世帯
--------------	-------------	--

別紙1

市町村民税の課税状況及び要介護等認定状況の調査に関する同意書

()が申請した大崎市高齢者家族等介護用品助成事業の助成券交付決定の判定及び助成券の交付要件を確認するため、私の市町村民税の課税状況及び()の要介護等認定状況について閲覧することに同意します。

年 月 日

申請者 住所 大崎市
氏名 (印)

世帯員 氏名 (印)
(続柄)

世帯員 氏名 (印)
(続柄)

世帯員 氏名 (印)
(続柄)

世帯員 氏名 (印)
(続柄)

世帯員 氏名 (印)
(続柄)

世帯員 氏名 (印)
(続柄)

大 崎 市 長 様

※世帯員で収入のある18歳以上の方について、記名・押印してください。

紙おむつ使用証明書

患 者	住 所	大崎市		
	氏 名	様	性別	男 ・ 女
	生年月日	年	月	日生
傷 病 名				
治療状況	入院中			
必要期間	年 月 日 から 年 月 日 まで			

上記の者は、頭書の傷病により、必要期間中の治療に際し、紙おむつの使用が必要であることを証明します。

年 月 日

医療機関名 _____

所 在 地 _____

医 師 名 _____ (印)

(注)1 証明書は、当該患者に対して頭書の傷病により、継続して治療を行っている医師が記載してください。

(注)2 「必要期間」とは、患者が当該年度において上記の状態にあることが認められる期間です。

なお、必要期間経過後において、更に治療のため紙おむつの使用が必要と認められることとなった場合は、改めて証明書の発行が必要になります。

様式第2号(第6条関係)

第 号
年 月 日

様

大崎市長



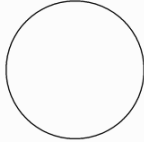
大崎市高齢者家族等介護用品助成券交付決定(却下)通知書

年 月 日付けて申請のありました大崎市高齢者家族等介護用品助成券の
交付について、下記のとおり決定したので通知します。



記

交付可否	助成券を <input type="checkbox"/> 交付します。 <input type="checkbox"/> ()のため、交付できません。		
助成基準	1月あたり <input type="checkbox"/> 1,500円 <input type="checkbox"/> 2,500円	交付番号	
交付内訳	枚 (年 月 から 年 月)		
有効期限	年 月 日まで		
利用方法	助成券に記載する薬局等で、指定の介護用品を購入する際に、代金の一部 又は全部として助成券を提出してください。		
返還の 届出等	高齢者が有効期限内に、次の事項に該当した場合には、助成券が使用でき ませんので、速やかに助成券返還届出書を提出するとともに、有効期限の到 来しない助成券を返還してください。ただし、有効期限前に入院し、入院中 に要介護等認定を更新しない場合で、医師が紙おむつの使用を必要と認めた ときは、引続き助成券を利用できますので、その際は、紙おむつ使用証明を 提出してください。 ① 死亡又は転出したとき。 ② 要介護等認定の更新において、要介護又は要支援でなくなったとき。 ③ 介護保険施設等の施設に入所したとき。 ④ 生活保護法の規定に基づく被保護者となったとき。		
連絡先	大崎市 部 課 係 電話番号 — (内線 番)		

様式第3号(第6条関係)



月～ 月

大崎市高齢者家族等介護用品助成券			
<table border="1"><tr><td>交付番号</td></tr><tr><td>介護保険被保険者番号</td></tr></table>		交付番号	介護保険被保険者番号
交付番号			
介護保険被保険者番号			
交付金額	円		
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで		
対象物品	購入した物品の番号を○で囲んでください。 1 紙おむつ 2 尿取りパット 3 使い捨て手袋 4 ドライシャンプー 5 清拭剤		
利用場所	大崎市高齢者家族等介護用品助成券に記載する薬局等		
年 月 日			
大崎市長 			
利用年月日	年 月 日		
薬局等確認印			

様式第4号(第10条関係)

年 月 日

大崎市長 様

届出者 住 所
氏 名
電話番号 —
高齢者との続柄()

大崎市高齢者家族等介護用品助成券返還届

大崎市高齢者家族等介護用品助成券を返還しますので、下記のとおり届出ます。

記

高齢者	住 所		
	氏 名	交 付 番 号	
返 還 の 事 由	① 死亡したため。 ② 転出したため。 ③ 施設入所したため。(施設名) ④ 要介護(支援)認定の更新において、要介護又は要支援でなくなったため。 ⑤ 不用になったため。 ⑥ その他。()		
返還事由発生日	年 月 日		
返 還 の 内 訳	枚		

※ 返還の事由欄は、該当する事由に○印を付けてください。

様式第5号(第14条関係)

大崎市高齢者家族等介護用品助成金請求書

年 月 日

大崎市長 様

法人所在地 _____
(個人の場合は代表者住所)
法人名及び代表者氏名 _____ ㊟
(個人の場合は代表者氏名)

次のとおり請求いたします。

請求金額 _____ 円

購入月	年 月	
内 訳	1,500 円 × 枚 =	円
	2,500 円 × 枚 =	円
支 払 先	金融機関名	
	預金種目	普通・当座 (○で囲んでください。)
	口座番号	
	口座名義人	

様式第 1 号 (第 5 条関係)

(平 2 3 告示 1 6 ・ 平 2 7 告示 2 0 0 ・ 一部改正)

様式第 2 号 (第 6 条関係)

様式第 3 号 (第 6 条関係)

様式第 4 号 (第 1 0 条関係)

様式第 5 号 (第 1 4 条関係)

様式第 6 号 (第 1 6 条関係)