

○射水市小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業実施要綱

平成20年9月1日

告示第133号

改正 平成22年3月12日告示第31号

平成25年3月1日告示第25号

(目的)

第1条 この要綱は、在宅の小児慢性特定疾患児に対し、特殊寝台等の日常生活用具(以下「用具」という。)を給付することにより、小児慢性特定疾患児の日常生活の便宜を図り、もってその福祉の増進に資することを目的とする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において「小児慢性特定疾患児」とは、新たな小児慢性特定疾患対策の確立について(平成17年2月21日雇児発第0221001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知)に基づく小児慢性特定疾患治療研究事業の対象になっている者をいう。

(給付対象用具及び対象者等)

第3条 給付の対象となる用具は、別表の「種目」欄に掲げる用具とし、その対象者は同表の「対象者」欄に掲げる小児慢性特定疾患児(児童福祉法(昭和22年法律第164号)による施策(小児慢性特定疾患治療研究事業を除く。))及び障害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(平成17年法律第123号)による施策の対象とならない者に限る。)とする。

2 既に給付を受けている用具と同一の用具の再交付に係る申請については、前回の給付日から別表の「耐用年数」欄に規定する期間を経過していない場合は、原則として給付対象外とする。ただし、当該期間を経過する前に、修理不能により用具の使用が困難となった場合は、この限りではない。また、当該期間を経過した後においても、修理不能の場合若しくは再交付の方が部品の交換よりも真に合理的かつ効果的であると認められる場合又は操作機能の改善等を伴う新たな機器の方が小児慢性特定疾患児の用具の使用効果が向上する場合に限り、再交付することが可能であるものとする。

(給付の申請)

第4条 用具の給付を希望する対象者の扶養義務者(民法(明治29年法律第89号)に定める扶養義務者をいい、以下「申請者」という。)は、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書(様式第1号。以下「申請書」という。)に小児慢性特定疾患児医療受診券の写しを添付して、社会福祉事務所長に提出しなければならない。

(給付の決定)

第5条 社会福祉事務所長は、前条の規定による申請書を受理したときは、当該対象者の身体の状態、介護の状態、家庭の経済状況及び住宅環境等を調査の上、調査書(様式第2号)を作成し、内容を審査して用具の給付の可否を決定するものとする。

2 社会福祉事務所長は、用具の給付を行うことを決定したときは、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付決定通知書(様式第3号)及び小児慢性特定疾患児日常生活用具給付券(様式第4号。以下「給付券」という。)により、申請者に通知するものとする。

(給付台帳の整備)

第6条 社会福祉事務所長は、用具の給付の状況を明確にするため小児慢性特定疾患児日常生活用具給付台帳(様式第5号)を整備し、必要な事項を記載しておかなければならない。

(費用の負担及び支払)

第7条 申請者は、用具の給付を受けたときは、その収入の状況に応じて用具の給付に要する費用の一部を負担しなければならない。

2 前項の規定により受給者が負担する額(以下「自己負担額」という。)の基準は、小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業実施要綱(平成17年2月21日雇児発第0221002号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「小児慢性特定疾患児日常生活用具給付事業の実施について」別添別表2に定める額とする。ただし、給付に要する費用が、社会福祉事務所長が別に定める額を超えた場合は、その超過分についても負担するものとする。

3 申請者は、用具の製作、販売等を業とする者(以下「業者」という。)に給付券を添えて、自己負担額を支払うものとする。

4 社会福祉事務所長は、用具の納付等を完了した業者からの請求により、給付に要した額から自己負担額を減じた額を支払うものとする。

5 前項による費用の請求は、給付券を添付して行うものとする。

(その他)

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(平成22年3月12日告示第31号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(平成25年3月1日告示第25号)

この告示は、平成25年4月1日から施行する。

別表(第3条関係)

給付対象用具		対象者	耐用年数
種目	性能等		
便器	小児慢性特定疾患児が容易に使用し得るもの。 (手すりをつけることができる。)	常時介助を要する者	8年
特殊マット	褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの	寝たきりの状態にある者	5年
特殊便器	足踏ペダルにて温水温風を出し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。	上肢機能に障害のある者	8年
特殊寝台	腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの	寝たきりの状態にある者	8年
歩行支援用具	おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ、歩行器等であること。 ア 小児慢性特定疾患児の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの イ 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具となるもの	下肢が不自由な者	8年
入浴補助用具	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助することができ、小児慢性特定疾患児又は介助者が容易に使用し得るもの	入浴に介助を要する者	8年
特殊尿器	尿が自動的に吸引されるもので小児慢性特定疾患児又は介助者が容易に使用し得るもの	自力で排尿することができない者	5年
体位変換器	介助者が小児慢性特定疾患児の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの	寝たきりの状態にある者	5年
車いす	小児慢性特定疾患児の身体機能を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの	下肢が不自由な者	5年
頭部保護帽	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの	発作等により頻	3年

		繁に転倒する者	
電気式たん吸引器	小児慢性特定疾患児又は介助者が容易に使用し得るもの	呼吸器機能に障害のある者	5年
クールベスト	疾病の症状に合わせて体温調節のできるもの	体温調節が著しく難しい者	1年
紫外線カットクリーム	紫外線をカットできるもの	紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がん又は神経障害を起こすことがある者	—

様式第1号(第4条関係)

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付申請書

年 月 日

射水市社会福祉事務所長

申請者
住所
フリガナ
氏名 ㊦
(年 月 日生)
続柄
電話番号

下記により、日常生活用具の給付を申請します。

対象者	住所				
	氏名				
	疾患名				
世帯の状況	氏名	続柄	生年月日	職業	
給付を希望する理由					
給付を希望する用具の名称		希望する業者名			
給付上特に希望する事項					
備考					

添付書類

- 1 所得状況に関する証明等負担上限月額を算定するために必要な書類
- 2 日常生活用具に要する費用に係る見積書

様式第2号(第5条関係)

調査書										
①申請書受理番号 年 月 日			号 年 月 日			②申請者 氏 名		③対象者との続柄		
④ 対象者	氏 名			男・女	生年月日	年 月 日		日生(歳)		
	住 所									
	疾患名									
⑤ 世帯員の状況	氏名	年齢	対象者との続柄	課税状況		所得、年金、手当等の合計		備考		
				市民税均等割	市民税所得割					
				円	円	円				
⑥ 世帯区分		生活保護 ・ (低所得1 ・ 低所得2) ・ 一般 ・ 一定所得以上								
⑦ 住まいの状況		1 自家 2 借家 (貸主の諾否)		⑧ 給付後の介護の状況		1 自力で入浴(排便)できるようになる 2 給付しても他人の介助が必要 3 給付しても入浴(排便)できない 4 その他				
⑨ 給付の必要の有無		1 有 2 無		⑩ 給付する(しない)理由						
⑪ 給付する用具(型)		⑫ 予定価格		円		⑬ 扶養義務者が支払うべき額		円		
⑭ 公費負担予定額		円		円						
⑮ その他特記事項										
年 月 日					調査員 役職名 氏名 ㊦					

様式第3号(第5条関係)

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付決定通知書

第 号

年 月 日

様

射水市社会福祉事務所長

印

年 月 日に申請のあった日常生活用具については、次のとおり決定したので通知します。

① 給付番号	第 号	② 給付決定年月日	年 月 日
③ 対象者氏名		④ 疾患名	
⑤ 給付する用具名 (含む形式規模等)		⑥ 納入業者名	
		⑦ 納入業者の住所	(電話)
⑧ 価格	円	⑨ 扶養義務者が支払 うべき額	円
			⑩ 公費負 担額
注意事項	<p>1 用具は、扶養義務者がその負担能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものですから、支払うこととされた額については、必ず用具を受け取る前に支払ってください。</p> <p>2 給付された用具を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供したりすることは禁じられています。</p> <p>3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還してもらうことがあります。</p>		

様式第4号(第5条関係)

小児慢性特定疾患児日常生活用具給付券				
① 給付番号	第 号	② 給付券発行年月日	年 月 日	
③ 対象者氏名		④ 生年月日	年 月 日生 (歳)	
⑤ 居住地				
⑥ 扶養する者氏名		⑦ 対象者との続柄		
⑧給付する用具名 (形式・規模等)	⑨ 価 格	⑩給付を受ける者又は扶 養する者が支払う額	⑪ 公 費 負 担 額	
	円	円	円	
⑫ 納入業者名		⑬納入業者の住所 (電話)		
⑭この券の 有効期限	受給者が 業者に提示 する期限	年 月 日	業者の公費 支払請求期限	年 月 日
上記のとおり決定する。 年 月 日 射水市社会福祉事務所長 印				
⑮ 業者の納付した日	⑯納付を受けた者又は扶養 する者から受領した額	⑰ 受領業者名及び受領年月日		
年 月 日	円	年 月 日		
⑱ 用具受領者氏名	⑲ 検収者 氏 名			
⑳ その他特記事項				

注 この本表は、①から⑭まで及び⑲は市が、⑮から⑰までは納付した業者が、⑱は受領者が記入すること。

様式第1号(第4条関係)

様式第2号(第5条関係)

様式第3号(第5条関係)

様式第4号(第5条関係)

様式第5号(第6条関係)