

○射水市重度心身障害者(児)おむつ支給事業実施要綱

平成17年11月1日

告示第75号

改正 平成21年8月31日告示第138号

平成22年9月1日告示第139号

平成27年4月1日告示第69号

(目的)

第1条 この要綱は、在宅の重度心身障害者(児)に対し、おむつを支給することにより、その介護者の労苦の軽減を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 この事業の対象者は、市内に住所を有し、かつ、次の各号のすべてに該当する者とする。ただし、射水市寝たきり老人等おむつ支給事業実施要綱(平成17年射水市告示第41号)第2条に規定する対象者、生活保護を受けている者又はその者の属する世帯における合計所得金額(地方税法(昭和25年法律第226号)第292条第1項第13号に定める合計所得金額をいう。)の合算額が1,000万円以上の者を除く。

- (1) 身体障害者手帳1、2級又は療育手帳Aの交付を受けている重度心身障害者(児)
- (2) 在宅でおむつを常時使用している3歳以上の者
- (3) 補装具のストマ用装具代替品(紙おむつ)の給付を受けることができない者

(支給内容)

第3条 市長は、対象者の保護者又は介護者からの申請に基づき、市が委託契約した事業者の提供するおむつを、1人1日4組を基準として次条の規定により支給する。

(補助)

第4条 おむつ支給事業において、おむつの支給を受けた者に対し、市民税の非課税世帯には支給に要した費用の全額、市民税の課税世帯には支給に要した費用の3分の2を補助する。ただし、1日当たり240円を基準として算定した額を補助の上限月額とする。

(支給申請)

第5条 おむつの支給を受けようとする者は、おむつ支給申請書(様式第1号)及びおむつ使用証明書(様式第2号)を市長に提出しなければならない。

(支給の決定)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、速やかに支給の可否を決定し、おむつ支給・不支給決定通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

(委託料の請求)

第7条 受託した事業者は、おむつを配布した場合、おむつ支給事業実績報告書(様式第4号)を請求書に添付して市長に提出しなければならない。

(異動の届出)

第8条 介護者は、おむつの支給対象者に入院、入所又は転出その他の事由により異動が生じた場合は、その旨を市長に報告しなければならない。

(その他)

第9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

(施行期日)

1 この告示は、平成17年11月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行日の前日までに、合併前の新湊市ねたきり老人等おむつ支給事業実施要綱(平成12年新湊市告示第38号)、小杉町ねたきり老人等おむつ支給事業実施要綱(昭和63年小杉町告示第22号)、大門町ねたきり老人等おむつ支給事業実施要綱(昭和56年大門町告示第18号)、大島町おむつ支給事業実施要綱(平成12年大島町要綱第7号)又は下村ねたきり老人等おむつ支給事業実施要綱(昭和61年下村告示第1号)の規定によりなされた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ものとみなす。

附 則(平成21年8月31日告示第138号)

この告示は、平成21年9月1日から施行する。

附 則(平成22年9月1日告示第139号)

この告示は、公表の日から施行する。

附 則(平成27年4月1日告示第69号)

この告示は、公表の日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

おむつ支給申請書

年 月 日

射水市長

申請者 住所
氏名
連絡先

次のとおり、おむつの支給を申請します。

対象者	住 所					電話		
	氏 名					性別	男・女	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	続柄			
	区 分	身体障害者手帳(1級・2級)・療育手帳A						
	世帯の状況	市民税課税世帯・市民税非課税世帯						
支給内容	おむつ 1日当たり4組(基準額:1日当たり240円)							

私は、射水市重度心身障害者（児）おむつ支給申請に当たり、支給決定の際に必要な所得及び課税情報について、貴職が調査又は関係機関に照会することに同意します。

申請者氏名 _____ 印

添付書類

おむつ使用証明書（様式第2号）

様式第2号(第5条関係)

おむつ使用証明書

対象者	住所					
	氏名		年齢	歳	性別	男・女
傷病名			区分	身体障害者手帳1級・2級 療育手帳A		
<p>上記の者は、頭書の傷病により、重度心身障害者(児)であるため、在宅において常時おむつの使用が必要であることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>医師氏名 _____ ㊟</p> <p>(注) 証明書は、当該申請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すること。</p>						

様式第3号(第6条関係)

おむつ支給・不支給決定通知書

年 月 日

様

射水市長



年 月 日に申請のあったおむつ支給について、次のとおり決定したので通知します。

審査結果		支給・不支給
対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
	区分	
支給内容	おむつ 1日当たり4組 支給に要した費用の(全額・3分の2)を補助します。 ただし、1日当たり240円を基準として算定した額を上限月額とします。	
支給開始月	年 月分から	
不支給の理由		
摘要		

おむつの支給対象者が入院、入所又は転出その他の事由により異動が生じた場合は、速やかに報告してください。

様式第4号(第7条関係)

おむつ支給事業実績報告書(月分)

年 月 日

射水市長

業者名

対象者	住 所		区分	全額補助
	氏 名			3分の2補助

配布期日						
おむつ組数						合計 組
受領印						

おむつ積算の基礎	組 ×	円 =	円
自己負担額	組 ×	円 × 1/3 =	円

様式第1号(第5条関係)

様式第2号(第5条関係)

様式第3号(第6条関係)

様式第4号(第7条関係)