

各務原市在宅介護支援事業要綱

(平成21年3月31日決裁)

(目的)

第1条 この要綱は、在宅で生活する高齢者等を支援し、高齢者福祉の向上に寄与することを目的とし、高齢者等が使用する紙おむつ等（紙おむつ、紙パンツ、尿とりパッド、使い捨て手袋、おしりふき、防水シート及び防水シーツをいう。以下同じ。）の購入に要する費用の一部を助成することに関し必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 この事業の対象者は、65歳以上の高齢者又は介護保険の受給者で各務原市要援護高齢者台帳に登録がある者のうち、その属する世帯の世帯員全員が前年度分の市民税が非課税かつ在宅において常時紙おむつ又は紙パンツを使用している者（予防で紙おむつ又は紙パンツを使用している者を除く。）で、次の各号のいずれかに該当するものとする。

(1) 令和4年3月31日以前に各務原市高齢者等家族介護支援事業要綱の一部を改正する要綱（令和4年3月31日決裁）による改正前のこの要綱の規定により助成の決定を受けた者で、次のいずれかに該当するもの

ア 要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年厚生省令第58号）第1条第1項に規定する要介護状態区分（次号ア及びイにおいて「要介護状態区分」という。）において、要介護3、要介護4又は要介護5と判定された者

イ 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準がB若しくはCランクに該当する者又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準がⅢ若しくはⅣランクに該当する者

ウ 市長がイに準じた状態にあると特に認めた者

(2) 令和4年4月1日以後に第4条の助成の決定を受けた者で、次のいずれかに該当するもの

ア 要介護状態区分において、要介護4又は要介護5と判定された者

イ 要介護状態区分において、要介護3以下と判定された者のうち、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準がB若しくはCランク又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準がⅢ若しくはⅣランクに該当し、かつ、要介護認定における認定調査票の排尿又は排便の項目において介助又は見守り等に該

当するもの

ウ 市長がア又はイに準じた状態にあると特に認めた者

2 前項の規定にかかわらず、他の制度により紙おむつ等の助成を受けることができる場合は、この事業の対象者とならない。

(申請)

第3条 紙おむつ等の購入費の助成を受けようとする者（以下「申請者」という。）

は、紙おむつ等購入助成事業利用申請書（様式第1号）に必要書類を添付して市長に申請しなければならない。

(決定)

第4条 市長は、前条の申請を受けたときは、速やかに申請内容を審査し、助成の可否を決定して、在宅介護支援事業決定（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。

(支給方法)

第5条 紙おむつ等の購入費の助成は、月額3,000円とし、原則として毎年度4月及び10月に6月分の各務原市紙おむつ等購入助成券（様式第3号。以下「助成券」という。）を支給するものとする。ただし、年度の途中に申請した場合においては、前条の規定による決定をした日の属する月分からの助成券を各期の残りの月数に応じて支給するものとする。

(利用方法)

第6条 助成券の交付を受けた者は、各務原市薬業会に加入する店舗（この事業の趣旨に賛同する法人又は個人を含む。）で、助成券と紙おむつ等を引き換えるものとする。

(資格の停止又は消滅)

第7条 助成券の交付を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、助成券を受給する資格は、停止し、又は消滅する。

(1) 第2条第1項に規定する対象者でなくなったとき。

(2) 死亡したとき。

(3) 本市に居住しなくなったとき。

(4) 介護保険施設等に入所したとき。

(5) 病院等に入院したとき。

(返還)

第8条 市長は、偽りその他不正な手段により助成券の支給を受けた者があるときは、その者から支給額に相当する金額を返還させることができる。

(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、市長が定める。

附 則

1 この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

2 各務原市高齢者等家族介護支援事業要綱（平成12年4月1日決裁）は、廃止する。

附 則（平成27年3月31日決裁）

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則（令和4年3月31日決裁）

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

附 則（令和6年2月27日決裁）

この要綱は、令和6年4月1日から施行する。

様式第 1 号（第 3 条関係）

No.

起 案	年 月 日			決 裁	年 月 日		
下記の申請について、次のとおり決定してよろしいか。							
承 認						起案者	
可・不可							

紙おむつ等購入助成事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 各務原市長

申請者

郵便番号

住 所

(ふりがな)

氏 名

電話番号

対象者との続柄

()

下記のとおりに申請します。なお、世帯の所得状況を地方税法（昭和 2 5 年法律 2 2 6 号）の規定に基づく課税台帳等により確認及び調査されることを承諾します。

対 象 者	住 所	各務原市					
	ふりがな		性 別	生年月日			
	氏 名		男・女	電話番号			
家 族 構 成	氏 名		続柄	備 考			
要援護区分		1 寝たきり B（B1・B2） 2 寝たきり C（C1・C2） 3 認知症Ⅲ（Ⅲa・Ⅲb） 4 認知症Ⅳ					
介護保険の要介護認定状況		1 認定済(要介護) 2 申請中 3 未申請					
紙おむつの常時使用		1 はい 2 いいえ（常時使用以外は支給対象外）					
生活実態		1 在宅で生活 2 病院・施設で生活 (入院・入所中の場合は支給対象外)					
民生委員 氏 名			NO.	電話番号			
市 確 認 欄	介 護 認 定 状 況		未 非	支1	支2	介1 介2	介3 介4 介5
	寝 た き り の 程 度		自立	J1	J2	A1 A2	B1 B2 C1 C2
	認 知 症 の 程 度		自立	I	Ⅱa	Ⅱb	Ⅲa Ⅲb Ⅳ
	認定調査票	排尿 排便 (ズボン等の着脱)	自立 自立 (自立	見守り等 見守り等 見守り等	一部介助 一部介助 一部介助	全介助 全介助 全介助)	市民税
備 考 欄		社福おむつ券 無・有 生保おむつ代 無・有					

在宅介護支援事業 決定・却下 通知書

No.

年 月 日

申請者

様

各務原市長

年 月 日付けで申請のありました在宅介護支援事業の利用について、
下記のとおり通知します。

記

1. 事業の種類 紙おむつ等購入助成券
2. 助成の可否 決定 ・ 却下
3. 助成の開始年月日
4. 却下理由

各務原市紙おむつ等購入助成券

利用者番号	No. 号
紙おむつ等購入助成額	3, 0 0 0 円
有効期限	年 月 日まで

発行者 各務原市長 印

購 入 日	年 月 日
協力機関 住 所 店 名 代表者名	