

高浜町すこやか介護用品支給事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、要介護高齢者等が慣れ親しんできた家庭及び地域での生活が保持できるよう介護用品を支給し、より安らかで快適な生活を与えるとともに介護者の苦労を軽減し、当該高齢者等又はその家族の福祉向上を図ることを目的とする。

(事業主体)

第2条 この事業の実施主体は、高浜町とする。

(支給対象者)

第3条 この事業の対象者は、町内に住所を有し現に居住する65歳以上の在宅高齢者で、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）の規定による要介護認定（以下「要介護認定」という。）において、要介護2から要介護5までの認定を受けた者。
- (2) 要介護認定において、要支援1、要支援2及び要介護1の認定を受けた者（以下「要支援等の者」という。）で、要介護認定に用いる調査票（以下「調査票」という。）の「排尿」「排便」のいずれかが全介助であり、排泄機能疾患があると主治医が認める者。
- (3) 要支援等の者で、調査票の「排尿」「排便」のいずれかが一部介助であり、排泄機能疾患があると主治医が認め、かつ、夜間頻尿等で排泄の失敗を繰り返す者。
- (4) 要支援等の者で、調査票の「両足での立位保持」ができない、又は何か支えがあればできる、「ズボン等の着脱」が全介助、又は一部介助、かつ、「障害高齢者の日常生活自立度」B1以上の重度の状態にある者。
- (5) 要支援等の者で、調査票の「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢa以上の重度で排尿、排便に介助を要する者。

2 前項の要介護度の判定は、4月1日を基準日とする。ただし、基準日以降に更新認定がある場合は、随時更新後の要介護度を適用し、新規申請者は、申請日における要介護度を適用する。

3 前2項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、支給対象者としな

- いものとする。
- (1) 高浜町の介護保険被保険者でない者
- (2) 法に規定する介護保険施設等に入所又は入居している者
- (3) 医療法（昭和23年法律第205号）に規定する、病院又は診療所に入院中の者
- (4) その他、町長が支給することが適当でないと認めた者

(支給品目及び支給限度数等)

第4条 この事業の支給品目及び支給限度数等は、別表第1に掲げるとおりとする。

(業者決定)

第5条 実施主体は、この事業に関わる介護用品の販売業者及び薬局等（以下「業者」という。）を決定するものとする。

(支給申請)

第6条 この事業の利用を希望する支給対象者又は支給対象者の介護者（以下「申請者」という。）は、高浜町すこやか介護用品支給申請書（様式第1号）を、町長に提出するものとする。

2 前項の申請は、町内の居宅介護支援事業所を経由して行うことができる。

（支給の決定）

第7条 町長は、前条の申請書を受理したときは、内容を審査の上給付等の適否を決定し、支給決定の場合は、高浜町すこやか介護用品支給決定通知書（様式第2号）を、支給却下の場合は、高浜町すこやか介護用品支給却下通知書（様式第3号）をそれぞれ申請者に通知するものとする。

2 町長は高浜町すこやか介護用品支給決定を受けた者に対し、申請書を受理した日の属する月の翌月から給付を開始する。

3 要介護認定の更新等により要介護度に変更が生じた場合は、認定日の属する月の翌月から別表第1の規定による支給限度数を適用する。

（支給方法）

第8条 申請者が介護用品を業者からの直接配達を希望する場合、町長は、高浜町すこやか介護用品注文書（様式第4号）を業者に送付し配達支給するものとする。

2 申請者が介護用品を町内の指定薬局での購入を希望する場合、町長は、高浜町すこやか介護用品支給券（様式第5号）を申請者に送付し薬局で交換支給するものとする。ただし、申請者が生活保護受給者である場合は、業者からの直接配達支給のみとする。

（届出義務）

第9条 支給の決定を受けた申請者は、支給対象者が次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに高浜町すこやか介護用品支給異動届（様式第6号）を町長に提出するものとする。

（1）死亡したとき。

（2）住所または居所を変更したとき。

（3）介護保険利用施設に入所したとき。

（4）介護保険利用施設を退所したとき。

（5）第3条に該当しなくなったとき。

（6）その他、介護用品の支給を受ける必要がなくなったとき。

2 町長は、前項の届出がないときは調査し、必要な措置をとることができる。

（業者費用の請求）

第10条 介護用品を対象者に納付した業者は、納付した日の属する月の終了後、速やかに高浜町すこやか介護用品支給請求書（様式第7号）により費用を請求するものとする。

2 町長は、前項による請求があったときは、その内容を確認し経費を支払うものとする。

（利用者費用の負担）

第11条 支給対象者は、当該介護用品の支給にかかる費用の1割を直接業者又は薬局に支払わなければならない。ただし、生活保護受給者については負担なしとする。

（台帳の整備）

第12条 町長は、利用者に関する必要事項を高浜町すこやか介護用品支給台帳（様式第

8号)に記載するものとする。

(譲渡・目的外購入の禁止)

第13条 利用者は、支給券を第三者に譲渡してはならない。

2 利用者は、別表第1に規定する介護用品の購入以外に支給券を使用してはならない。

(その他)

第14条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、その都度町長が定める。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

1 この告示は、平成30年7月1日から施行する。ただし、様式第1号については告示日から適用する。

2 この要綱施行日前に、改正前の高浜町すこやか介護用品支給事業実施要綱第3条の規定により給付を受けることが決定された者については、平成30年度に限り経過措置として、改正後第3条の規定にかかわらず、30枚/月を支給限度数として介護用品を支給する。

3 この告示にともなう申請に限り、第7条第2項の規定にかかわらず、平成30年6月30日までの申請分については平成30年7月分から給付を開始する。

別表第 1 (第 4 条関係)

支給品目		補助基準 単価	支給区分	支給限度数	備 考
介 護 用 品	1 紙おむつ 2 尿取りパッド 3 使い捨て手袋 4 おしり拭き	100 円 (税込)	要介護 2・3 他	60 枚/月	<p>1) 薬局購入希望者で、要介護 2・3 の利用者は 6,000 円/月、要介護 4・5 の利用者は 9,000 円/月を各々上限とする介護用品支給券を配布する。</p> <p>支給券はそれぞれの介護用品（紙おむつ等）を組み合わせる利用することができる。</p> <p>2) 直接配達希望者また生活保護受給者は、1) の上限額を超えないように、指定業者より現物支給する。</p>
			要介護 4・5	90 枚/月	
	5 防水シート	3,200 円 (税抜)	全ての 支給対象者	2 枚/年	指定業者より現物支給する。

年 月 日

高 浜 町 長 様

(〒 ー)

住 所

申請者

㊟

TEL

(対象者との続き柄)

高浜町すこやか介護用品支給申請書

高浜町すこやか介護用品支給事業実施要綱第6条の規定に基づき、下記により介護用品の支給を受けたいので申請します。

記

対 象 者	住 所	〒919ー 高浜町									
	氏 名				男 女	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日				
	身 体 状 況	介護保険法による要介護認定 要介護度 2・3・4・5 その他 ()									
		介護保険被保険者番号					要介護認定期間				
											年 月 日～ 年 月 日
介護 用品	・紙おむつパンツ型(枚/月) ・フラット型(枚/月) ・尿取りパッド(枚/月)										
	・防水シート(枚/年) ※指定業者により現物支給										
利用 方法	1. 業者から現物を直接配達することを希望する。 2. 町内指定薬局で支給券により購入を希望する。										
介 護 者	住 所	〒 ー									
	氏 名				男 女	歳	続柄				
	介護内容										

高 第 号
年 月 日

様

高 浜 町 長

高浜町すこやか介護用品支給決定通知書

年 月 日付で申請のあった介護用品の支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

支 給 対 象 者 氏 名	
支 給 開 始 年 月 日	年 月分から
支 給 品 名	
支 給 枚 数	円× 枚 / (月 ・ 年)
備 考	

様式第3号（第7条関係）

高 第 号
年 月 日

様

高 浜 町 長

高浜町すこやか介護用品支給却下通知書

年 月 日付で申請のあった介護用品の支給について、下記のとおり却下しましたので通知します。

記

支 給 対 象 者 氏 名	
却 下 理 由	
備 考	

高浜町すこやか介護用品支給券

年度

利用者番号	第 号
利用者名	
支給品名	紙おむつ、尿取りパッド、 使い捨て手袋、おしり拭き
限度価格	支給券 100円×10枚 *本券による購入の際には、おつりは 支払われません。必ずチケット金額と 同額以上になるようにご利用下さい。 尚、枚数に応じた1割分や超過分の 金額を薬局に支払って下さい。
有効期限	年 月 日

発行者

高 浜 町 長

印

※本券は他人へ譲渡・売買することはできません。

受 領 書

上記介護用品を受領しました。

署 名 _____

販売店名 _____

年 月 日

高 浜 町 長 様

住 所
氏 名 ④
対象者との続き柄（ ）

高浜町すこやか介護用品支給異動届

介護用品支給の資格について変更がありましたので、下記のとおりお届けいたします。

記

対 象 者		利用者番号	
住 所	高 浜 町		
	<input type="checkbox"/> 死 亡	(死亡年月日)	年 月 日
	<input type="checkbox"/> 住所変更	(新 住 所)	
	<input type="checkbox"/> 入所・入院	(施設名・病院名)	(年月日)
			年 月 日
	<input type="checkbox"/> 退所・退院	(施設名・病院名)	(退所年月日)
		年 月 日	
<input type="checkbox"/> そ の 他			

様式第7号（第10条関係）

高浜町すこやか介護用品支給請求書

年 月 日

高 浜 町 長 様

住 所

店 名 ㊞

担当者名

介護用品（紙おむつ等）支給事業の経費について、下記のとおり請求します。

記

請 求 金 額	円
給付した月	年 月分
利用者氏名	他 名
内 訳	支給券（100円× 枚数×90/100）＝ 円
振 込 先	金融機関名
	口座番号 普・当

※ 介護用品支給券を添付すること。

