

豊中市紙おむつ給付事業実施要綱

(目的)

第1条 この事業は、在宅の要介護高齢者等に紙おむつを給付することにより、高齢者等を介護している家族等の身体的、精神的、経済的負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者の在宅生活の継続、福祉の増進を図ることを目的とする。

(事業の実施)

第2条 この事業の実施主体は豊中市とする。ただし、市長は適切な事業運営が確保できると認められる社会福祉法人、医療法人、財団法人、民間事業者、ボランティア団体等(以下「実施団体等」という。)に委託するものとする。

(事業の委託)

第3条 市長は、前条により委託する実施団体等の選定に当たっては、低廉な価格で良質かつ適切な紙おむつが確保できるよう経営規模・地理的条件・アフターサービス等の可能性等十分勘案のうえ、委託契約を締結するものとする。

(事業の内容等)

第4条 この事業は、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及び生活保護法(昭和25年法律第144号)第15条の2介護扶助の要否判定における要介護認定(以下「要介護認定」という。)の判定に基づき、次の各号による紙おむつの現物を給付対象者(以下「対象者」という。)の居宅へ宅配する。

- (1) 対象者が要介護3の場合、月額5,000円(消費税込)を上限とする紙おむつの現物
- (2) 対象者が要介護4又は要介護5の場合、月額8,000円(消費税込)を上限とする紙おむつの現物

2 給付の対象となる紙おむつの種類は、平型昼用、平型夜用、尿取りパット、パットタイプ型、リハビリパンツ型、介護用おむつ型等とする。

(給付の対象者)

第5条 この事業の対象者は、次の各号のいずれにも該当する者とする。

- (1) 要介護認定において、要介護3、要介護4又は要介護5と判定された者であって、市民税非課税世帯に属し、居宅で介護を受けている者(以下「要介護者」という)及びその介護をする市民税非課税世帯の家族。(生活保護及び中国残留邦人等支援給付受給世帯は除く)
ただし、要介護3の場合は、新規申込時に「排尿・排便」において、「介助等」が必要な者に限る。
- (2) 前項の市民税非課税世帯とは、要介護者と居住及び生計を一にし、かつ住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づく住民基本台帳の同居所に登録する者すべてが市民税非課税である世帯とする。

(給付の申込み)

第6条 紙おむつの給付を希望する対象者又はこの者の家族(以下「申込者」という。)は、「豊中市紙おむつ給付事業申込書」(様式第1号)に必要な事項を記載し、その他

市長が必要と認める書類を添えて市長に申し込むものとする。

(給付の決定)

第7条 市長は、前条による申込書を受理したときは、当該対象者の要介護度の状況及び本人の同意を基に、本人及び同居家族の課税調査を行い給付の要否を決定ものとする。

2 市長は、給付を決定したときは、「豊中市紙おむつ給付事業決定通知書」(様式第2号)を、非該当と決定したときは、「豊中市紙おむつ給付事業非該当通知書」(様式第3号)をそれぞれ申込者に通知する。

3 市長は、前条の申込書を受理した日がこの日の属する月の7日以前であるときは当該月より、8日以降であるときは、当該月の翌月より支給を開始するものとする。

(給付の停・廃止)

第8条 市長は、紙おむつの給付を受けた者が次の各号の一に該当するときは、紙おむつ給付事業を停止又は廃止し、「豊中市紙おむつ給付事業廃止(停止)通知書」(様式第4号の①及び②)により申込者に通知するものとする。

- (1) 死亡したとき
- (2) 第5条の規定に該当しなくなったとき
- (3) 入院・入所等長期不在となったとき
- (4) その他、市長が必要でないと認めたとき

(費用の支払い)

第9条 市長は、紙おむつの給付に要する費用を、紙おむつを納品した実施団体等からの請求により支払うものとする。

(給付台帳の整備)

第10条 市長は、紙おむつの給付状況を明確にするために、福祉サービス受給者名簿による電磁的記録でデータ管理し、整備するものとする。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

この要綱は、平成24年7月9日から施行する。

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

この要綱は、平成31年3月8日から施行する。

この要綱は、令和2年3月8日から施行する。

この要綱は、令和3年3月8日から施行する。

(様式第1号)

豊中市紙おむつ給付申込書

年 月 日

豊中市長あて

申込者	名前	(続柄)		電話	—			
	住所	〒 —						
利用者	フリガナ			性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日	
	名前							
	住所	〒 — 豊中市		電話	—			
	介護保険	保険者番号	2 7 2 0 3 9					
		被保険者番号	1 0 0					
		要介護状態区分	・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5					
		認定年月日	年 月 日					
認定の有効期限		年 月 日 ~ 年 月 日						
希望する種類・・・希望する紙おむつの種類及びサイズに○をつけ、数量(パック数)を記入してください。								
平型 ・ 昼用				テープ止めタイプ(S・M・L)				
平型 ・ 夜用				パッドタイプ	ワイド			
尿とりパッド					ビッグ			
パンツ型タイプ(S・M~L・L~LL・XL)					スーパービッグ			
家族等の状況	名前	住所		連絡先電話	同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			
居宅介護支援事業者	事業者名							
	所在地						TEL	—
	担当者							

★紙おむつの給付を申し込むため、以下のことを調査することに同意します。

- ①要介護認定審査会による介護度認定結果の調査
- ②全ての同居家族の市民税の課税状況・生活保護受給状況の調査
- ③紙おむつ配送業者への氏名・金額上限(5000円/8000円)・紙おむつ種類の情報提供

利用者氏名

事務処理欄		
利用者氏名	個人番号	税状況
同居者氏名(続柄)	個人番号	税状況
同居者氏名(続柄)	個人番号	税状況

豊中市紙おむつ給付事業決定通知書

豊中市長

年 月 日付けで申込みのありました『紙おむつ給付』について、
下記のとおり決定しましたので通知します。

記

名 前		性別		生年月日	
住 所				電話番号	

開始年月	年 月			
給付内容	円を上限とする紙おむつ (1月あたり・税込)			
給付種類	平型 (昼用)		平型 (夜用)	
	尿とりパッド		パンツ型	
	介護用おむつ		パッドタイプ	

紙おむつを納品する契約業者名とその所在地			
業者名		住所	

※下記の場合は、豊中市までご連絡ください。

・紙おむつの種類・サイズ・数量に変更があるとき、要介護区分に変更があったとき、入院・入所するとき、非課税世帯でなくなったとき。入院・入所中は停止となります。

連絡先 豊中市

Tel

豊中市紙おむつ給付事業非該当通知書

様

豊中市長

年 月 日付けで申込みのありました紙おむつの給付
については次のとおり非該当と決定しましたので通知します。

対象者氏名

様

理 由

※非該当理由に変更があったときはご連絡ください。

連絡先 豊中市

(様式第4号)

豊中市紙おむつ給付事業廃止(停止)通知書

年 (年) 月 日

様

豊中市長

現在、受給いただいております紙おむつの給付について、 年 月分からの支給は次のとおり廃止と決定しましたので通知します。

対象者氏名

様

理由

(様式第4号)

豊中市紙おむつ給付事業廃止(停止)通知書

年 (年) 月 日

様 ご家族様

豊中市長

現在、受給いただいております紙おむつの給付について、 年 月分からの支給は次のとおり廃止と決定しましたので通知します。

対象者氏名

様

理由