

豊中市家族介護慰労金支給事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、在宅の要介護高齢者等（以下「要介護者」という。）を常時介護している家族に家族介護慰労金（以下「慰労金」という。）を支給することにより、要介護者を介護している家族の身体的、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。

(定義)

第2条 この要綱において「要介護者」とは、次の各号のいずれにも該当する者をいう。

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号。以下「法」という。）第9条第1号又は第2号に規定する者のうち、豊中市において要介護状態区分が要介護3以上と認定され、1年以上経過している者。ただし、要介護2と認定され認定調査時の主治医意見書において「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の者も該当とする。
- (2) 申請日の前月から過去1年間（以下「対象期間」という。）法に規定する介護保険サービスを利用していない者
- (3) 前2号の対象期間において通算して10日を超えて、法に規定する介護保険サービス（福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び住宅改修を除く。）の利用、又は通算して3ヵ月を超えて医療機関に入院をしていない者
- (4) 市内に居住し、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に記載している者
- (5) 市民税非課税世帯に属し、居宅で介護を受けている者

(支給対象者)

第3条 慰労金の支給対象者は、要介護者を居宅において対象期間、現に介護し、次の各号のいずれにも該当する家族（以下「家族介護者」という。）とする。ただし、家族介護者が複数ある場合は、主として要介護者を介護している介護者とする。

- (1) 市内に居住し、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に記載している介護者
- (2) 市民税非課税世帯に属し、居宅において介護している介護者。なお、市民税非課税世帯とは、同一住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。

(支給制限)

第4条 市長は前条の規定にかかわらず、家族介護者又は要介護者が次のいずれかに該当するときは、当該慰労金を支給しないものとする。

- (1) 要介護者又は家族介護者が介護保険料を滞納しているとき
- (2) 要介護者が法第4章第6節に規定する保険給付の制限を受けているとき
- (3) 家族介護者が要介護者に対し、高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律第2条第4項に規定する行為を行っているとき

(慰労金の額)

第5条 慰労金は、要介護者1人当たりの家族介護者につき年額100,000円とする。

(慰労金の申込み等)

第6条 慰労金の支給を受けようとする家族介護者（以下「申込者」という。）は、「豊中市家族介

護慰労金支給申込書」(様式第1号)に必要な事項を記載し、前年分市民税非課税証明書(1月初日から6月末日までの間は前々年分市民税非課税証明書)又はその他、市長が必要と認める書類を添え市長に申込みするものとする。

- 2 この要綱による慰労金の支給を受けた者は、申込日から1年を経過しなければ、前項の申込みができないものとする。

(慰労金支給の決定及び交付等)

第7条 市長は、前条第1項の申込みがあったときは、その内容を審査するとともに必要な調査を実施のうえ、支給の可否を決定するものとする。

- 2 市長は、支給を決定したときは、「豊中市家族介護慰労金支給決定通知書」(様式第2-①号)を、不支給と決定したときは、「豊中市家族介護慰労金不支給決定通知書」(様式第2-②号)をそれぞれ家族介護者に通知するものとする。

- 3 同条第2項に規定する支給決定の通知を受けた者は、「豊中市家族介護慰労金請求書」(様式第3号)により、市長に請求するものとする。

- 4 市長は、前項の規定による請求を受理したときは、慰労金を交付するものとする。

(慰労金の返還)

第8条 市長は、偽りその他不正の行為によって、この要綱による慰労金の支給を受けた者がいるときは、当該家族介護者に対し、慰労金の全部又は一部を返還させることができるものとする。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に必要な事項については、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

この要綱は、平成18年10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31年4月1日から施行する。

この要綱は、令和3年1月1日から施行する。

この要綱は、令和5年3月1日から施行する。

(様式第1号)

年 月 日

豊中市家族介護慰労金支給申込書

豊中市長 あて

豊中市家族介護慰労金支給事業実施要綱に基づき、次のとおり家族介護慰労金の支給を申し込みます。

申込者 (介護者)	名前					要介護者との続柄		
	住所	〒				電話		
(ふりがな)			生年月日			年 月 日		
要介護者名前								
被保険者番号					介護状態区分	要介護 ()		
要介護度 認定年月日		要介護2 ^{注)} ～要介護5と認定された認定年月日				年 月 日		
過去1年間の 入院等の状況	無・有	入院病院名						
		入院期間		年 月 日から		年 月 日まで		
		入院病院名						
		入院期間		年 月 日から		年 月 日まで		
介護保険サービスを利用しなかった理由								
家 等 の 状 況	名前	年齢	性別	続柄	同居・別居	住所	備考	
					同居・別居		要介護者	
					同居・別居		主たる介護者	
					同居・別居			
					同居・別居			
					同居・別居			

注) 要介護2については、認定調査時の主治医意見書において「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の人が対象

※家族介護慰労金を申し込むため、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おける審査資料と認定結果及び介護保険サービス利用の有無
- ② 要介護者及び家族の市民税の課税状況
- ③ 要介護者の入院履歴の情報
- ④ 介護保険料滞納の有無

名 前 _____

(問合せ先) 豊中市

課

TEL 06-6858-

豊中市家族介護慰労金支給決定通知書

様

豊 中 市 長

年 月 日付で申込みのありました豊中市家族介護慰労金の支給につきましては、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

家 族 介 護 者	名前		要介護者 との続柄	
	住所		電話番号	
要介護者	名前		生年月日	年 月 日
	住所			
決 定 内 容	対象期間	年 月 日から 年 月 日の1年間		
	支給金額	家族介護慰労金100,000円を支給します。		

(問合せ先) 豊中市 課
〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1
TEL 06-6858-

豊中市家族介護慰労金不支給決定通知書

様

豊 中 市 長

年 月 日付で申込みのありました豊中市家族介護慰労金につきましては、
次のとおり不支給と決定しましたので通知します。

記

家 族 介 護 者	名前		要介護者 との続柄	
	住所		電話番号	
要 介 護 者	名前		生年月日	年 月 日
	住所			
理 由				

(問合せ先) 豊中市 課
〒561-8501 豊中市中桜塚3-1-1
TEL 06-6858-

(様式第 3 号)

年 (年) 月 日

豊中市家族介護慰労金請求書

豊中市長 あて

住 所

家族介護者 名 前

電 話 ー

豊中市家族介護慰労金支給事業実施要綱第 7 条第 3 項の規定に基づき家族介護慰労金
1 0 0 , 0 0 0 円を請求します。

豊中市会計管理者 あて

私が、貴市から支給される家族介護慰労金は、下記の口座に振り込みしてください。

記

金融機関名	支店名	預金種別	口座番号
		1 普通 2 当座 4 貯蓄	
ふりがな			
口座名義人			

以上

☆ 注意事項

1. 口座名義は、家族介護者、要介護者もしくは同居親族にしてください。
2. ふりがなは必ず記入してください。

(問合せ先) 豊中市 課 TEL 0 6 - 6 8 5 8 -