

函館市家族介護用品給付事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、在宅のねたきりや認知症の高齢者等（以下「要介護高齢者等」という。）を抱える家族に対し、介護用品を給付することにより、介護に当たる家族の身体的、精神的、経済的な負担の軽減を図ることを目的とする家族介護用品給付事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、函館市（以下「市」という。）とする。

(給付対象者)

第3条 この事業により介護用品の給付を受けることができる者（以下「給付対象者」という。）は次の各号のすべてに該当する家族とする。

- (1) 本市に住所を有していること。
- (2) 市民税非課税世帯に属していること。
- (3) 配偶者が、市町村民税の課税者でないこと。
- (4) 市町村民税の課税者の税法上の扶養親族等ではないこと。
- (5) 前項(2)～(4)の課税状況については、申請日の属する年度分とする。ただし、4月および5月の申請については、申請日の属する年度の前年度分とする。
- (6) 次条に規定する「介護用品使用者」の主たる介護者であること。

(介護用品使用者)

第4条 介護用品使用者は、要介護高齢者等で次の各号のすべてに該当する者とする。

- (1) 介護保険法（平成9年法律第123号）第19条第1項の規定による要介護認定において要介護状態区分が3，4または5と判定されており、かつ介護用品が必要な状態であること。
- (2) 在宅であること。
- (3) 本市に住所を有していること。
- (4) 市民税非課税世帯に属していること。

- (5) 配偶者が市町村民税の課税者でないこと。
- (6) 市町村民税の課税者の税法上の扶養親族等ではないこと。
- (7) 前項(2)～(4)の課税状況については、申請日の属する年度分とする。ただし、4月および5月の申請については、申請日の属する年度の前年度分とする。
- (8) 生活保護制度の被保護者でないこと。

(介護用品の給付等)

第5条 給付の対象となる介護用品は別表のとおりとする。

- 2 給付する介護用品は、月額5,000円を限度に、市が別に定める介護用品を引き換えできる事業者(以下「登録事業者」という。)から、市が交付する別記第1号様式の利用券と引き換えて給付するものとする。

(給付の申請)

第6条 介護用品の給付を受けようとする者(以下「申請者」という。)は、別記第2号様式の申請書により市長に申請しなければならない。また、市長は必要と認める書類があれば、提出を求めることができる。

(給付の決定)

第7条 市長は、前条の規定による申請があったときは、介護用品の給付に関し必要な事項を調査し、申請者が第3条の規定に該当していると認めるときは、介護用品を給付することを決定する。ただし、申請者が正当な理由がなく調査を拒んだとき、または申請者が当該申請の前に本事業において虚偽の申告その他不正な手段により、市から利用券の交付もしくは介護用品の給付を受けたことがあるときは、このかぎりではない。

- 2 市長は、前項の規定により介護用品の給付を決定したときは別記第3号様式の決定通知書により、給付しないことを決定したときは別記第4号様式の却下通知書により当該申請者に通知するものとする。
- 3 介護用品の給付を受けることができる期間については、申請月の15日までに申請のあったものについては当該申請月から、16日以降に

申請のあったものについては申請月の翌月から、同一年度内の3月までとする。

(利用券の交付)

第8条 市長は、前条第1項により介護用品の給付の決定を受けた申請者（以下「利用者」という。）で、申請月の15日までに申請のあった者については当該申請月分から、申請月の16日以降に申請のあった者については翌月分から同一年度内の3月分までの利用券を交付する。

(介護用品の引き換え等)

第9条 介護用品の引き換えは、次のとおり行うものとする。

(1) 利用者は、介護用品を引き換えるときは、当該月分の利用券を登録事業者に提出するものとする。

(2) 登録事業者は、利用券の内訳欄に引き渡した介護用品の内訳を記入し、利用券（本人控）の該当欄に記名しなければならない。

なお、利用券（本人控）の内訳欄への記入を引き渡した介護用品の内訳が確認できる書類に代える場合は、利用券（本人控）に貼付しなければならない。

(3) 利用者は、利用券の内訳欄の内容を確認の上、利用券（市提出用）の該当欄に署名しなければならない。

(廃止)

第10条 利用者は、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに別記第5号様式の廃止届により、市長に届け出なければならない。また、利用者は、未使用分の利用券を市長に返還しなければならない。

(1) 利用者が第3条に規定する要件を満たさなくなったとき。

(2) 介護用品使用者が第4条に規定する要件を満たさなくなったとき。

(3) 利用者または介護用品使用者が死亡したとき。

(4) その他の理由で事業の利用を必要としなくなったとき。

(介護用品の給付費の請求および支払い)

第11条 登録事業者は、介護用品を引き換えた月の翌月10日までに利用券(市提出用)を添えて、引き換えた介護用品の費用を市長に請求することとする。

2 市長は、前項の請求があったときは、請求内容を審査し、請求を受けた日から30日以内に登録事業者に支払いを行わなければならない。

(給付費の返還)

第12条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、利用者または登録事業者に対して給付した額の全額または一部の返還を求めることができる。

(1) 利用者または介護用品使用者が、第10条に規定する状態となっているにもかかわらず給付を受けたとき。

(2) 利用券を目的以外に使用したとき。

(3) 偽りその他不正な行為により給付を受けたとき。

(台帳の整備)

第13条 市長は、事業の運営状況を明らかにするため、台帳を整備するものとする。

(補則)

第14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

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成17年6月29日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

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22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23年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和元年5月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

別表（第5条関係）

| | |
|--------------|-------------|
| 給付の対象とする介護用品 | 紙おむつ，尿取りパッド |
|--------------|-------------|

別記第1号様式

年度

番 号

年 月分

利用者氏名

函館市家族介護用品給付事業

利 用 券 (本人控)

※「種別」欄には介護用品の種別に応じて、以下の数字を記入してください。

フラットタイプ…1 パットタイプ…2 テープタイプ…3 パンツタイプ…4

| 種別 | メーカー・商品名等 | 入数 | 数量 | 単価 | 金 額 |
|-----------------|---------------------------|----|----|----|-----|
| 内 訳 (税込み) | | | | | |
| | 合計 (税込み) | | | | |
| | 公 費 負 担 額 (給付限度額: 5,000円) | | | | |
| | 自 己 負 担 額 | | | | |

※本券は、受領証として保存してください。

確認年月日

年 月 日

登録事業者名

年度

番 号

年 月分

利用者氏名

函館市家族介護用品給付事業

利 用 券 (市提出用)

※「種別」欄には介護用品の種別に応じて、以下の数字を記入してください。

フラットタイプ…1 パットタイプ…2 テープタイプ…3 パンツタイプ…4

| 種別 | メーカー・商品名等 | 入数 | 数量 | 単価 | 金 額 |
|-----------------|---------------------------|----|----|----|-----|
| 内 訳 (税込み) | | | | | |
| | 合計 (税込み) | | | | |
| | 公 費 負 担 額 (給付限度額: 5,000円) | | | | |
| | 自 己 負 担 額 | | | | |
| 登録事業者名 | | | | | |

上記のとおり受領しました。

確認年月日

年 月 日

利用者氏名

割印のないものは無効です

家族介護用品給付申請書

年 月 日

函館市長 あて

次のとおり、介護用品の給付を申請します。

私および介護用品使用者は、市が介護用品の給付に関し必要となる所得の状況および介護認定情報について、調査を行なうことに同意します。

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------|-------------|------------------------|--|---|--|--|--|------------------|----------|----------|------|
| 申請者 (介護者) | フリガナ | | | | | | | 生年月日 | 大正・昭和・平成 | | ()歳 |
| | 氏名 | | | | | | | | 年 | 月 | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | 被介護者との関係 (続柄) | | | |
| | 配偶者の有無 | 有・無 | | ※内縁、事実婚の場合は「有」として「配偶者に関する事項」を記入。「無」または「介護用品使用者」と同一の場合は以下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。 | | | | | | | |
| | 配偶者に関する事項 | フリガナ | | | | | | | 生年月日 | 大正・昭和・平成 | |
| 氏名 | | | | | | | | 年 | | 月 | 日 |
| 住所 | | 〒 | | | | | | 電話 | | - - | |
| 本年1月1日現在の住所 | | (上記住所と異なる場合のみ記入してください) | | | | | | | | | |
| 被介護者 (介護用品使用者) | 被保険者番号 | | | | | | | | 要介護度 | 3・4・5 | |
| | フリガナ | | | | | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | ()歳 |
| | 氏名 | | | | | | | | 年 | 月 | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | 電話 | | - - | |
| | 配偶者の有無 | 有・無 | | ※内縁、事実婚の場合は「有」として「配偶者に関する事項」を記入。「無」または「申請者(介護者)」と同一の場合は以下の「配偶者に関する事項」は記入不要です。 | | | | | | | |
| 配偶者に関する事項 | フリガナ | | | | | | | 生年月日 | 明治・大正・昭和 | | ()歳 |
| | 氏名 | | | | | | | | 年 | 月 | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | 電話 | | - - | |
| | 本年1月1日現在の住所 | (上記住所と異なる場合のみ記入してください) | | | | | | | | | |

| | | | | |
|--------------------|--------------|-------|-----|-------|
| 介護の状況 | 1 在宅で介護している。 | | | |
| | 2 おむつの持込ができる | 医療機関名 | | |
| | 医療機関に入院している。 | 入院年月日 | 年 | 月 |
| | 3 おむつの持込ができる | 施設名 | | |
| | 施設等に入所している。 | 入所年月日 | 年 | 月 |
| (2, 3に該当する場合) 面会頻度 | | 月・週 | 回程度 | |
| おむつ使用開始時期 | | 年 | 月 | 日 頃から |

函館市記入欄

| | | | | |
|-------------|-----|---------------|-----|------|
| 介護状況 確認欄 | | | | |
| | 対象者 | 申請者 ・ その他 () | 受付者 | 課 氏名 |

| | | | | | |
|----------------|----------|--------------------------------|--------|-----------------------|----------|
| 生活保護制度 | 被介護者 | 該当 ・ 非該当 | | | |
| 課税状況 | | 本人 | 世帯 | 配偶者 | 課税者の被扶養者 |
| | 申請者(介護者) | 課・非 | 課・非 | 課・非 | 該当 ・ 非該当 |
| | 被介護者 | 課・非 | 課・非 | 課・非 | 該当 ・ 非該当 |
| 認定有効期間 | | 年 月 日 ~ 年 月 日 (要介護度) | | | |
| 参考要件 (認定状況) | 認定調査票 | 基本調査 | 排尿について | □見守り等 □一部介助 □全介助 □その他 | |
| | | | 排便について | □見守り等 □一部介助 □全介助 □その他 | |
| | 主治医意見書 | | | 別添調査票参照 | |
| 医療機関・ 施設等確認 | 介護状況 | □ 申請者(介護者)が定期的に面会しおむつを持ってくる | | | |
| | | □ 申請者(介護者)の面会が (ほとんど/あまり) ない | | | |
| | | □ おむつが必要な状態とはいえない | | | |
| | 回答者職氏名 | (確認日: 年 月 日) | | | |
| 決定区分 | | 該当 ・ 非該当 担当者: | | (判定日: 年 月 日) | |
| 備考 | | | | | |

家族介護用品給付 決定通知書

| | | |
|---|--|-----|
| 番 号 | | |
| 申請者 (利用者) | 氏 名 | |
| | 住 所 | 函館市 |
| 介護用品 使用者 | 氏 名 | |
| 給付期間 | 年 月～ 年 月 | |
| 給付限度額 | 月5,000円を限度とする。 | |
| <p>函館市家族介護用品給付事業実施要綱の定めるところにより、上記のとおり介護用品の給付を決定しましたので通知します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">函館市長</p> | | |
| 留 意 事 項 | <p>利用者は、以下の事項に留意し、いずれかに該当するに至ったときは、函館市に廃止の届出をしなければなりません。</p> <p>(1) 利用者または介護用品使用者が次に掲げる要件に該当するようになったとき。</p> <p style="margin-left: 20px;">① 属する世帯が市民税課税世帯となったとき。</p> <p style="margin-left: 20px;">② 配偶者が市町村民税課税者となったとき。</p> <p style="margin-left: 20px;">③ 市町村民税課税者の税法上の扶養親族等となったとき。</p> <p>(2) 利用者または介護用品使用者が市外に転出したとき。</p> <p>(3) 利用者または介護用品使用者が死亡したとき。</p> <p>(4) 介護用品使用者の要介護度が要介護3, 4または5以外となったとき。または介護認定調査資料で介護用品が必要な状態であると確認できなくなったとき。</p> <p>(5) 介護用品使用者が介護保険施設および地域密着型介護老人福祉施設、またはそれ以外の介護用品の持ち込みを認めない施設・医療機関へ入所または入院したとき。もしくは短期入所生活介護および短期入所療養介護を利用しない日が当月中において1日もなかったとき。</p> <p>(6) 介護用品使用者が生活保護制度の被保護者となったとき。</p> <p>(7) その他の理由で事業の利用を必要としなくなったとき。</p> | |

家 族 介 護 用 品 給 付
却 下 通 知 書

| | | |
|--------------|---|-----|
| 申請者 (介護者) | 氏名 | |
| | 住所 | 函館市 |
| 介護用品 使用者 | 氏名 | |
| 却下理由 | <p>1 (申請者・介護用品使用者)が次に掲げる要件に該当している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市民税課税世帯に属している。 ・ 配偶者が市町村民税課税者である。 ・ 市町村民税課税者の税法上の扶養親族等となっている。 <p>2 (申請者・介護用品使用者)が函館市外に転出している。</p> <p>3 (申請者・介護用品使用者)が死亡している。</p> <p>4 介護用品使用者の要介護度が要介護3・4・5以外になっている。 認定日： _____ 年 月 日 要介護度 _____</p> <p>5 要介護認定資料で介護用品が必要な状態であることが確認できない。</p> <p>6 介護用品使用者が生活保護制度の被保護者である。</p> <p>7 介護用品使用者が介護保険施設等に入所または入院している 施設名： _____ 入所日： _____ 年 月 日</p> <p>8 その他 (_____)</p> | |

函館市家族介護用品給付事業実施要綱の定めるところにより、上記のとおり却下しましたので通知します。

年 月 日

函館市長

家族介護用品給付事業 廃止届

| | | |
|------------------|---|--|
| 番 号 | | |
| 利 用 者 | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| 介護用品 使用者 | フリガナ | |
| | 氏 名 | |
| 廃 止 事 項 | <p>1 (利用者・介護用品使用者) が次に掲げる要件に該当している。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 市民税課税世帯に属している。 ・ 配偶者が市町村民税課税者である。 ・ 市町村民税課税者の扶養親族等となっている。 <p>2 (利用者・介護用品使用者) が函館市外に転出している。</p> <p>3 (利用者・介護用品使用者) が死亡している。</p> <p>4 介護用品使用者の要介護度が要介護3・4・5以外になっている。 認定日： _____ 年 ____ 月 ____ 日 要介護度 _____</p> <p>5 要介護認定資料で介護用品が必要な状態であることが確認できない。</p> <p>6 介護用品使用者が生活保護制度の被保護者である。</p> <p>7 介護用品使用者が介護保険施設等に入所または入院している。 施設名： _____ 入所日： _____ 年 ____ 月 ____ 日</p> <p>8 その他 (_____)</p> | |

上記のとおり届出します。

(利用券返却 ・ 利用券返却不可 理由： 紛失 ・ 廃棄 ・ その他)

年 月 日

函館市長 あて

利用者氏名