

西海市在宅高齢者等介護用品支給事業実施規則

(趣旨)

第1条 この規則は、西海市介護保険条例（平成18年西海市条例第109号）第4条第2項の規定に基づき、保健福祉事業として行う介護用品の支給に関し必要な事項を定めるものとする。

(支給対象用品)

第2条 支給の対象となる介護用品は、次のとおりとする。

- (1) 紙おむつ
- (2) 尿取りパッド
- (3) 使い捨て手袋
- (4) 清拭剤
- (5) ドライシャンプー
- (6) おしりふき
- (7) ポータブルトイレ用消臭剤
- (8) その他の介護に必要であって、市長が認める消耗品

(支給対象者)

第3条 介護用品の支給対象者は、次に掲げる全ての要件を満たす者を現に介護している家族又は本人とする。

- (1) 本市の介護保険の被保険者で、保険料の未納がない者
 - (2) 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において要介護4又は要介護5に該当する者
 - (3) 市民税非課税世帯（4月又は5月の申請については、前年度の市民税非課税世帯とする。）に属する者
 - (4) 本市に住所を有し、本市内で在宅生活をしている者。ただし、介護等の供与をする事業を行う施設に入居、又は入所している場合を除く。
- 2 前項の規定にかかわらず、月の在宅日数が半月未満の月は、介護用品の支給が受けられないものとし、半月未満となる在宅日数の判定基準は、別表に掲げるとおりとする。

(支給の申請)

第4条 支給を受けようとする者は、在宅高齢者等介護用品支給事業利用申請書（様式第1号）に市長が必要と認める書類を添えて市長に提出しなければならない。

（決定）

第5条 市長は、前条の規定による申請書を受理したときは、その内容を審査し、支給の適否を決定し、その旨を在宅高齢者等介護用品支給事業支給決定通知書（様式第2号）又は在宅高齢者等介護用品支給事業支給却下通知書（様式第3号）により申請者に対し通知するものとする。

（支給限度額）

第6条 支給する介護用品の金額は、月額1人あたり6,250円を限度とする。離島地区は別途送料を加算するものとする。

（介護用品の支給方法）

第7条 市長は、在宅高齢者等介護用品納品依頼書（様式第4号。以下「依頼書」という。）により、指定業者に介護用品の納品を依頼するものとする。

2 支給決定を受けた支給対象者（以下「支給決定者」という。）は、指定業者から介護用品を受け取るものとする。

（費用の請求）

第8条 依頼書により介護用品を納品した指定業者が、当該費用を請求しようとするときは、在宅高齢者等介護用品支給請求書兼受領書（様式第5号）により市長に請求するものとする。

2 市長は、前項の請求があったときは、速やかに費用を支払うものとする。

（届出）

第9条 支給決定者は、次の各号のいずれかに該当するときは、在宅高齢者等介護用品支給決定変更・廃止届（様式第6号）により、市長に速やかに届け出なければならない。

- （1） 第3条第1項各号に該当しなくなったとき。
- （2） 死亡したとき。
- （3） 氏名又は住所を変更したとき。
- （4） 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 第5条の規定は、前項第3号の事由による変更の届出があったときについ

て準用する。

(資格の喪失)

第10条 市長は、前条の届出又は調査等により、支給決定者が第3条第1項各号に規定する要件に該当しないと認めるときは、在宅高齢者等介護用品支給事業支給取消・廃止通知書（様式第7号）により支給決定者に、在宅高齢者等介護用品支給事業依頼取消・廃止通知書（様式第8号）により指定業者に、それぞれ通知するものとする。

(支給額の返還)

第11条 市長は、偽りその他不正の手段により支給を受けたと認められる場合は、当該利用者に支給した介護用品に係る金額の全部又は一部を返還させることができる。

(支給台帳の整備)

第12条 市長は、支給状況を明確にするため在宅高齢者等介護用品支給台帳を整備するものとする。

(補則)

第13条 この規則に定めるもののほか、西海市在宅高齢者等介護用品支給事業の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この規則は、公布の日から施行し、令和4年4月1日から適用する。

別表1（第3条関係）

支給の対象とならない在宅日数

1ヵ月の日数が28日の場合	在宅日数が13日以下
1ヵ月の日数が29日の場合	在宅日数が14日以下
1ヵ月の日数が30日の場合	在宅日数が14日以下
1ヵ月の日数が31日の場合	在宅日数が15日以下

様式第1号（第4条関係）

年 月 日

在宅高齢者等介護用品支給事業利用申請書

（あて先）西海市長 様

在宅高齢者等介護用品支給事業を利用したいので、次のとおり申請します。

支給対象者 (申請者)	ふりがな		被介護者との続柄			
	氏名	〒	住所		電話	
被介護者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名	〒	住所		電話	
	要介護度	要介護 4・5	認定期間	年 月 日から 年 月 日まで		
			生年月日		被介護者との続柄	
世帯員氏名						
世帯員氏名						
世帯員氏名						
世帯員氏名						
世帯員氏名						

※太線の中の支給対象者（申請者）、被介護者、世帯員全員について記入してください。
 支給対象者（申請者）と被介護者の住所が違う場合は、被介護者世帯の世帯員全員を記入してください。

利用したい事業者名を記入してください。

指定業者名：

被介護者の介護保険料の納付状況確認に同意します。

被介護者氏名 _____ ④ （自署または記名押印）

様式第2号（第5条関係）

第 号
年 月 日

在宅高齢者等介護用品支給事業支給決定通知書

様

西海市長

印

年 月 日付で申請がありました介護用品支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

支給対象者 (申請者) 氏 名		被介護者 氏 名	
被 介 護 者 住 所			
登録年月日		登録番号	
支給決定額	月額限度額6,250円		
支給決定額 の 有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
指定業者	住 所 業 者 名 代表者名 電話番号		
備 考			

※介護用品を受領したときは、別紙の請求書兼受領書に受領印を押印し、指定業者にお渡しください。

※月額6,250円を超えた場合は、超えた金額は、自己負担となります。

様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

在宅高齢者等介護用品支給事業支給却下通知書

様

西海市長



年 月 日付で申請がありました介護用品支給について、審査の結果、下記の理由により却下しましたので通知します。

被介護者 氏名		被介護者 住所	
却下理由			

- 教示1 この処分について不服がある場合は、この処分を知った日の翌日から起算して3か月以内に、西海市長に対して審査請求をすることができます。
- 2 この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、西海市を被告として（訴訟において西海市を代表する者は西海市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求した場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求した場合には、その審査請求に対する裁判）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することが認められる場合があります。

様式第4号（第7条関係）

第 号

年 月 日

在宅高齢者等介護用品納品依頼書

様

西海市長

印

西海市在宅高齢者等介護用品支給事業実施規則第7条第1項の規定により、次のとおり納品を依頼します。

被介護者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	
	氏名		住所			
			電話			
支給対象者 (申請者)	氏名			被介護者 との続柄		
	住所			電話		
登録番号			支給決定日			
(備考)						

様式第5号（第8条関係）

年 月分 在宅高齢者等介護用品支給請求書兼受領書

西海市長 様

請求金額 円

支給用品

品名	単価	数量	金額
紙おむつ・パンツ	円	個	円
	円	個	円
尿取りパッド	円	個	円
使い捨て手袋	円	個	円
清拭剤	円	個	円
ドライシャンプー	円	個	円
おしりふき	円	個	円
ポータブルトイレ用消臭剤	円	個	円
その他の消耗品 ()	円	個	円

小計 円

消費税 円

合計 円

自己負担 円

※ 6,250 円を超える場合、差額は自己負担

※ 離島送料相当分は、送料領収書を添付

離島送料相当分

円

上記のとおり請求します。

請求日 年 月 日

請求者 業者住所
業者名
代表者氏名

㊞

フリガナ

座名義人

座振込先

座番号

銀行 支店

年 月分 受領書

年 月 日

上記請求書のとおり受領しました。

支給決定者又は被介護者 住所
氏名

㊞

様式第6号（第9条関係）

年 月 日

在宅高齢者等介護用品支給決定変更・廃止届

西 海 市 長 様

届出者 住 所：

氏 名： 印

電話番号：

支給決定に（変更・廃止）する事由が生じたので、次のとおり届け出ます。

被 介 護 者	ふりがな		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏 名		住所	〒		
			電話			

変更又は廃止する内容について記入してください。

変更・廃止理由	
変更・廃止期日	

様式第7号（第10条関係）

第 号
年 月 日

在宅高齢者等介護用品支給事業支給取消・廃止通知書

様

西海市長

印

年 月 日付第 号により決定した介護用品の支給は、次の理由により
取消・廃止します。

被 介 護 者	氏 名		性 別	男・女	生年月日	
	住 所				電 話	
取 消 ・ 廃 止 日	年 月 日					
登 録 年 月 日				登 録 番 号		
取 消 ・ 廃 止 理 由						
備 考						

様式第 8 号 (第10条関係)

第 号
年 月 日

在宅高齢者等介護用品支給事業依頼取消・廃止通知書

様

西海市長 印

年 月 日付第 号により決定した在宅高齢者等介護用品支給事業の依頼は、次の理由により取消・廃止します。

被介護者	氏名		性別	男・女	生年月日	
	住所				電話	
取消・廃止日	年 月 日					
登録年月日				登録番号		
取消・廃止理由						
備考						