

○一宮町紙おむつ等購入費助成事業実施要綱

平成25年3月25日

告示第17号

改正 平成27年12月28日告示第63号

平成28年6月30日告示第38号

(目的)

第1条 この告示は、在宅高齢者等に対し紙おむつ等購入費の助成（以下「紙おむつ等の助成」）をする事業について定めることにより、本人及び家族の日常生活における負担を軽減し、もって福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるとおりとする。

- (1) 在宅高齢者等 要介護認定に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年厚生省令第58条。以下「省令」という。）第1条第1項第3号に規定する要介護3、同項第4号に規定する要介護4又は同項第5号に規定する要介護5の認定を受けており、入浴、排泄、食事等の日常生活において在宅で介護を受けている40歳以上の者をいう。
- (2) 紙おむつ等 フラット型紙おむつ、テープ型紙おむつ、パンツ型紙おむつ、尿取りパッドその他これらに類するものとして町長が認めるものをいう。

(対象者)

第3条 この告示に基づく紙おむつ等の助成を受けることができる者（以下「対象者」という。）は要介護認定に係る主治医意見書（以下「主治医意見書」という。）の障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）がB1、B2、C1又はC2のいずれか又は主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度がⅢa、Ⅲb、Ⅳ又はMのいずれかに該当する者で次の各号のいずれにも該当する在宅高齢者等とする。

- (1) 現に本町に住所を有し、かつ、本町の住民基本台帳に記録されていること。
- (2) 常時紙おむつ等を使用していること。
- (3) 第6条の規定による申請をした日の属する年度（当該申請をした日が4月から5月までの間である場合にあっては、その前年度。）の4月1日において、町民税非課税

世帯に属する者。

(4) その属する世帯に、介護保険料を滞納している者がいないこと。

(5) 対象者が40歳から64歳の場合は、その属する世帯に、医療保険料を滞納している者がいないこと。

2 前項の規定にかかわらず、生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている者及び他の制度により紙おむつ等の助成を受けている者は当該対象者としな

（指定事業所）

第4条 この事業に係る紙おむつ等を購入できる事業所は、本町に開設する薬局、薬店又はその他の店舗のうち、町長の指定を受けた事業所（以下「指定事業所」という。）とする。

2 前項の指定事業所の指定を受けようとする者は、一宮町紙おむつ等購入費助成事業指定事業所申請書（別記第1号様式）を町長に提出しなければならない。

3 町長は、前項の申請があったときは、一宮町紙おむつ等購入費助成事業指定事業所指定書（別記第2号様式）により指定するものとする。

4 指定事業所が指定を辞退しようとする時は、辞退しようとする日の1月前までに、一宮町紙おむつ等購入費助成事業指定事業所辞退届（別記第3号様式）に指定書を添えて町長に届けなければならない。

（限度額）

第5条 紙おむつ等の助成は、1月当たり3,000円を限度額とする。ただし、本町に本店を有しない指定事業者で購入する紙おむつ等の助成は、1年当たりの上限額を12,000円とする。

（認定申請）

第6条 紙おむつ等の助成を受けようとする対象者は、一宮町紙おむつ等購入費助成認定申請書（別記第4号様式）により町長に申請しなければならない。

（決定及び通知）

第7条 町長は、前条の規定による申請があった時は、その内容を審査の上、紙おむつ等の助成の可否を決定するものとする。

2 町長は、前項の規定により紙おむつ等の助成を行う決定をしたときは、一宮町紙おむつ等購入費助成認定決定（却下）通知書（別記第5号様式）に一宮町紙おむつ等購入費

助成認定証（別記第6号様式。以下「認定証」という。）を添えて当該申請をした者に通知するものとする。

- 3 町長は、第1項の規定により紙おむつ等の助成を行わない決定をしたときは、一宮町紙おむつ等購入費助成認定決定（却下）通知書（別記第5号様式）により当該申請をした者に通知するものとする。

（助成期間）

第8条 紙おむつ等の助成期間は、第6条の規定による申請をした月の翌月から翌年7月31日までとする。ただし、第6条の規定による申請が、1月から6月までに行われたときは、申請のあった月の属する年の7月31日までとする。

（認定証）

第9条 認定証は、譲渡又は交換の対象にしてはならないものとし、担保に共することはできないものとする。

- 2 町長は、認定証の再交付は行わないものとする。

（受給者の義務）

第10条 認定を受けた対象者（以下「受給者」という。）は、紙おむつ等を本来の使用目的以外に使用してはならない。

（支給申請）

第11条 受給者は指定事業所から紙おむつ等を購入し費用を支払った場合は、第5条に規定する限度額の範囲内で紙おむつ等の助成を受けることができる。

- 2 前項の規定による紙おむつ等の助成を受ける場合は、費用の支払をしたことを証する書類及び認定証を添えて、一宮町紙おむつ等購入費支給申請書（別記第7号様式）により町長に申請しなければならない。

- 3 町長は前項の申請に係る支給又は不支給を決定したときは、一宮町紙おむつ等購入費支給（不支給）決定通知書（別記第8号様式）により通知するものとする。

- 4 紙おむつ等の助成を受ける権利は、紙おむつ等を購入し費用を支払った日から2年を経過したときは、時効によって消滅するものとする。

（変更申請）

第12条 受給者は、住所又は氏名等に変更があったときは、一宮町紙おむつ等購入費助成認定変更申請書（別記第9号様式）により、速やかに町長に届け出なければならない。

- 2 町長は、前項の規定による申請があり、変更を決定したときは、一宮町紙おむつ等購入費助成認定変更決定（却下）通知書（別記第10号様式）に認定証を添えて当該申請をした者に通知するものとする。
- 3 町長は、第1項の規定による申請があり、変更を却下したときは、一宮町紙おむつ等購入費助成認定変更決定（却下）通知書（別記第10号様式）により当該申請をした者に通知するものとする。
- 4 町長は第1項の規定による申請がない場合であっても、公簿等により変更があったと認めるときは、一宮町紙おむつ等購入費助成認定変更決定（却下）通知書（別記第10号様式）に認定証を添えて当該申請をした者に通知するものとする。

（受給資格の喪失）

第13条 受給者が次の各号のいずれかに該当するときは、当該受給者は、受給資格を喪失するものとする。

- (1) 第3条に規定する対象者の要件に該当しなくなったとき。
- (2) 死亡したとき。
- (3) 偽りその他不正な手段により助成を受けたとき。
- (4) 前3号に掲げるもののほか、助成を必要としなくなったと認められるとき。

2 受給者等は、前項第1号、第2号又は第4号に該当することとなったときは、一宮町紙おむつ等購入費助成異動届出書（別記第11号様式）により町長に届け出なければならない。

3 町長は、前項の届出がない場合であっても公簿等により第1項各号に該当すると認める場合は、紙おむつ等の助成を廃止し、一宮町紙おむつ等助成認定廃止通知書（別記第12号様式）により受給者等に通知するものとする。

（返還）

第14条 町長は、前条第1項第3号の規定に該当することにより受給資格を喪失した者に、紙おむつ等購入費助成に要した費用の全部又は一部を返還させるものとする。

（その他）

第15条 この告示に定めるもののほか、紙おむつ等購入費助成に関し必要な事事項は、町長が別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この告示は、平成25年4月1日から施行する。

(特例措置)

2 社会福祉法人一宮町社会福祉協議会における紙おむつ支給事業実施要領に基づき平成24年度に紙おむつの支給を受け、第3条に規定する対象者に該当しない者で、次の各号のいずれかに該当する者は紙おむつ等の助成を受けることができる。(以下、「特例措置」という。)

(1) 現に本町に住所を有し、かつ、本町の住民基本台帳に記録されていること。

(2) 常時紙おむつ等を使用していること。

(3) 省令第1条第1項各号のいずれかに該当する者。

(4) 主治医意見書の障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)が自立でない者。

(5) 主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度が自立でない者。

(6) 第6項の規定による申請をした日の属する年度(当該申請をした日が4月から5月までの間である場合にあつては、その前年度。)の4月1日において、町民税非課税者又は町民税課税者のうち所得割が課税されていない者。

(7) 属する世帯に、介護保険料を滞納している者がいないこと。

(8) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による保護を受けていないこと。

(9) 他の制度により紙おむつ等の助成を受けていないこと。

3 特例措置による紙おむつ等の助成は、1月当たり2,000円を限度額とし、1年当たりの上限額を14,000円とする。

4 特例措置による紙おむつ等の助成期間は、第6条に規定する申請をした月の翌月から平成26年3月31日までとする。

5 特例措置による紙おむつ等の助成に係る認定、決定及びその他の手続きについては、この告示の規定を準用する。この場合において、第13条第1号中「第3条」とあるのは「附則第2項」と読み替えるものとする。

附 則 (平成27年12月28日告示第63号)

この告示は、平成28年1月1日から施行する。

附 則 (平成28年6月30日告示第38号)

この告示は、平成28年6月30日から施行する。

別記第1号様式（第4条第2項）

一宮町紙おむつ等購入費助成事業指定事業所申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住 所

法 人 名

代表者名 印

下記の事業所を、一宮町紙おむつ等購入費助成事業に係る指定事業所として指定していただきますよう申請いたします。

記

①	店舗等の名称			
	店舗等の住所			
	電話番号	()	責任者 氏名	
②	4			
	店舗等の住所			
	電話番号	()	責任者 氏名	
③	店舗等の名称			
	店舗等の住所			
	電話番号	()	責任者 氏名	

別記第2号様式（第4条第3項）

一宮町紙おむつ等購入費助成事業指定事業所指定書

①	指 定 番 号	第 号	指定年月日	年 月 日
	店舗等の名称			
	店舗等の住所			
	電 話 番 号	()	責任者氏名	
②	指 定 番 号	第 号	指定年月日	年 月 日
	店舗等の名称			
	店舗等の住所			
	電 話 番 号	()	責任者氏名	
③	指 定 番 号	第 号	指定年月日	年 月 日
	店舗等の名称			
	店舗等の住所			
	電 話 番 号	()	責任者氏名	

一宮町紙おむつ等購入費助成事業に係る指定事業所として、上記のとおり指定しました。

なお、指定内容に変更があったときは、速やかに文書をもってその旨をお届けください。

年 月 日

様

一宮町長

印

別記第3号様式（第4条第4項）

一宮町紙おむつ等購入費助成事業指定事業所辞退届出書

年 月 日

一宮町長 様

所在地
指定取扱 事業所名
店
代表者氏名

印

一宮町紙おむつ等購入費助成事業実施要綱の規定に基づく指定事業所の指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

指 定 番 号	第 号
辞 退 年 月 日	年 月 日
辞 退 理 由	
添 付 書 類	一宮町紙おむつ等購入費助成指定事業所指定書

別記第4号様式（第6条）

一宮町紙おむつ等購入費助成認定申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との続柄（ ）

下記の者の紙おむつ等購入費助成の認定を申請します。

記

対象者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日	
	住所	〒					
	要介護認定等	介護保険被保険者番号					
		個人番号					
		要介護状態区分	要介護 1 2 3 4 5				
		認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで				
	紙おむつ等使用状況	年 頃から					
	介護保険料所得段階区分	第 段階					
	病気やけがについて、記入してください。						
介護者	氏名		続柄		電話番号		
	住所	〒					
同 意 書							
<p>本申請に関して、私の要介護認定区分、身体状況等及び介護保険料所得段階区分並びに介護保険料納入状況等を町が調査することに同意します。</p> <p>なお、受給資格が継続している場合も同様に調査することに同意します。</p> <p>また、私は常時おむつの使用が必要であることを誓約します。</p>							
年 月 日							
氏名						印	

別記第5号様式（第7条第2項、第3項）

一宮町紙おむつ等購入費助成認定決定（却下）通知書

年 月 日

様

一宮町長

印

年 月 日付で申請のあった一宮町紙おむつ等購入費助成認定申請について、下記の通り決定いたしましたので通知します。

1 決定

対象者	氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住所	〒				
決定通知番号	第	号				
期間	年 月 日から 年 月 日まで ※期間終了後も助成を希望する場合には、改めて申請が必要となります。					
その他	(1) 紙おむつ等を本来の使用目的以外に使用してはならない。 (2) 以下の事由が生じたときは、速やかに町長に届け出ること。 <ul style="list-style-type: none">・住所又は氏名に変更があるとき。・介護保険料所得段階区分の変更があるとき。・要介護状態区分の変更により、要介護1、要介護2及び要支援認定を受けたとき。・町外に転出したとき。・入院し、又は施設等に入所したとき。・生活保護法による保護を受けることとなったとき。・他の制度により紙おむつ等の助成を受けることとなったとき。・死亡したとき。・その他紙おむつ等を必要としなくなったとき。					

2 却下

理由	
----	--

別記第6号様式（第7条第2項、第9条第1項、第9条第2項、第12条第2項、第12条第4項）

一宮町紙おむつ等購入費助成認定証

対象者	氏名		決定通知番号	第 号
	性別	男・女	支給決定日	年 月 日
	住所	〒		
限度額		円/月		
期間		年 月 日から 年 月 日まで ※期間終了後も助成を希望する場合には、改めて申請が必要となります。		
上記のとおり決定する。				
年 月 日				
一宮町長				印

(裏面)

<p>(1) 紙おむつ等を本来の使用目的以外に使用してはならない。</p> <p>(2) 以下の事由が生じたときは、速やかに町長に届け出ること。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・住所又は氏名に変更があるとき。 ・介護保険料所得段階区分の変更があるとき。 ・要介護状態区分の変更により、要介護1、要介護2及び要支援認定を受けたとき。 ・町外に転出したとき。 ・入院し、又は施設等に入所したとき。 ・生活保護法による保護を受けることとなったとき。 ・他の制度により紙おむつ等の助成を受けることとなったとき。 ・死亡したとき。 ・その他紙おむつ等を必要としなくなったとき。 <p>(3) 偽りその他不正な手段により助成を受けたときは、受給資格を喪失し、紙おむつ等購入費助成に要した費用の全部又は一部を返還するものとする。</p> <p>(4) 認定証は、譲渡又は交換等の対象にしてはならない。</p> <p>(5) 認定証の再交付は行わないものとする。</p>
--

別記第7号様式（第11条第2項）

一宮町紙おむつ等購入費支給申請書

（ 年 月分）

フリガナ 対象者氏名					決定通知番号	第 号			
個人番号									
生年月日	年 月 日				性別	男・女			
住 所	〒				電話番号（ ）				
おむつ購入に要した費用額					円				
紙おむつ等購入費支給申請額					円				
※申請額は、おむつ購入に要した費用額の内、3,000円を超える場合は3,000円を限度とします。									
<p>一宮町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて紙おむつ等購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>申請者 氏 名 印 電話番号（ ） 受給者との続柄（ ）</p>									

- ・この申請書は、費用を支払った日から2年以内に提出してください。
- ・この申請書を提出する際に、紙おむつ購入に要した費用に係る領収書を添付してください。なお、添付する領収書は紙おむつ等の銘柄等が分かるものとします。
- ・領収書は、当該月分をまとめて添付してください。

紙おむつ等購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	金融機関名	支店名等	種 目	口 座 番 号			
	金融機関コード	店舗コード					
			1普通預金				
			2当座預金				
			3その他				
	フリガナ						
	口座名義人						

別記第8号様式（第11条第3項）

年 月 日

様

一宮町長

印

一宮町紙おむつ等購入費支給（不支給）決定通知書

先に申請のありました紙おむつ等購入費の支給については、下記のとおり決定しましたので通知します。

対象者氏名		決定通知番号	第 号
-------	--	--------	-----

申請年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
支払予定日	年 月 日	本人支払額	円
支給区分	支給・不支給	支給金額合計	円

内 訳

購入日	指定事業所名	購入品目	支給金額

不支給の理由	
--------	--

支払方法（口座振込）

金融機関	口座種別	
	口座番号	
	口座名義人	

別記第9号様式（第12条第1項）

一宮町紙おむつ等購入費助成認定変更申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との続柄（ ）

下記の事項について変更がありましたので申請をします。

記

決定通知番号		第 号				
対象者	氏 名		性別 男・女	生年月日	年 月 日	
	住 所	〒				
	介護保険被保険者番号					
	個 人 番 号					
変更事由	<input type="checkbox"/> 住所の変更					
	<input type="checkbox"/> 氏名の変更					
	<input type="checkbox"/> その他					
同 意 書						
本申請に関して、私の住民基本台帳情報を町が調査することに同意します。						
年 月 日						
氏名 印						

別記第 10 号様式 (第 12 条第 2 項、第 3 項、第 4 項)

一宮町紙おむつ等購入費助成認定変更決定 (却下) 通知書

年 月 日

様

一宮町長

印

年 月 日付けで申請のあった一宮町紙おむつ等購入費助成認定変更申請について、下記の通り決定 (却下) いたしましたので通知します。

1 決定

対象者	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日
	住 所	〒				
決定通知番号	第 号					
期 間	年 月 日から 年 月 日まで ※期間終了後も助成を希望する場合には、改めて申請が必要となります。					
そ の 他	(1) 紙おむつ等を本来の使用目的以外に使用してはならない。 (2) 以下の事由が生じたときは、速やかに町長に届け出ること。 <ul style="list-style-type: none">・住所又は氏名に変更があるとき。・介護保険料所得段階区分の変更があるとき。・要介護状態区分の変更により、要介護 1、要介護 2 及び要支援認定を受けたとき。・町外に転出したとき。・入院し、又は施設等に入所したとき。・生活保護法による保護を受けることとなったとき。・他の制度により紙おむつ等の助成を受けることとなったとき。・死亡したとき。・その他紙おむつ等を必要としなくなったとき。					

2 却下

理 由	
-----	--

別記第11号様式（第13条第2項）

一宮町紙おむつ等購入費助成異動届出書

年 月 日

一宮町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号
受給者との続柄（ ）

下記のとおり異動がありましたので届け出ます。

記

決定通知番号		第 号																		
対象者	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日														
	住 所	〒																		
	介護保険被保険者番号																			
	個 人 番 号																			
異動事由	(1) 要介護状態区分の変更により、助成対象外となった。																			
	(2) 介護保険料所得段階の変更により、助成対象外となった。																			
	(3) 町外へ転出した。 (転出年月日) 年 月 日																			
	(4) 入院し、又は施設等に入所した。 (入院・入所年月日) 年 月 日																			
	(5) 生活保護法による保護を受けることとなった。 (生活保護受給開始日) 年 月 日																			
	(6) 他の制度により紙おむつ等の助成を受けることとなった。 (助成開始日) 年 月 日 (制度名)																			
	(7) 対象者が死亡した。 (死亡年月日) 年 月 日																			
	(8) その他																			

別記第 12 号様式 (第 13 条第 3 項)

一宮町紙おむつ等購入費助成認定廃止通知書

年 月 日

様

一宮町長

印

年 月 日付けで認定の決定をした紙おむつ等購入費の助成について、下記のとおり廃止しましたので通知します。

記

決定通知番号		第 号								
対象者	氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日				
	住 所	〒								
	介護保険被保険者番号									
廃止理由										

別記第1号様式 (第4条第2項)

別記第2号様式 (第4条第3項)

別記第3号様式 (第4条第4項)

別記第4号様式 (第6条)

別記第5号様式 (第7条第2項、第3項)

別記第6号様式 (第7条第2項、第9条第1項、第9条第2項、第12条第2項、第12条第4項)

別記第7号様式 (第11条第2項)

別記第8号様式 (第11条第3項)

別記第9号様式 (第12条第1項)

別記第10号様式 (第12条第2項、第3項、第4項)

別記第11号様式 (第13条第2項)

別記第12号様式 (第13条第3項)