

○合志市在宅障害者等紙おむつ給付規則

平成18年2月27日

規則第83号

(目的)

第1条 この規則は、身体、知的又は精神の障害により、日常生活において常時介護を必要とする在宅の重度の障害者及び障害児（以下「在宅障害者等」という。題名においても同じ。）に対して、紙おむつを支給し、介護者の身体的かつ経済的負担を軽減し、在宅福祉の向上に資することを目的とする。

(受給資格者)

第2条 紙おむつの支給を受けることができる者（以下「受給資格者」という。）は、在宅障害者等のうち住民基本台帳に記録されている3歳以上の者で、6月以上紙おむつの着用があり、かつ、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) 身体障害者手帳1種1級を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者
- (2) 療育手帳A1を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者
- (3) 精神保健福祉手帳1級を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者
- (4) その他市長が認める者

2 前項の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は対象としない。

- (1) 合志市日常生活用具給付等事業実施要綱（平成18年合志市告示第147号）により紙おむつの給付が認められた者
- (2) 合志市在宅高齢者家族介護用品支給要綱（平成18年合志市告示第52号）により紙おむつの給付が認められた者
- (3) 生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯に属する者

(申請)

第3条 受給資格者は、在宅障害者等紙おむつ給付申請書（様式第1号）により市長に申請しなければならない。

(審査及び決定)

第4条 市長は、前条の申請があったときは、書類審査及び必要に応じた実態調査により、受給資格の有無を決定するものとする。

2 市長は、前項の審査により受給資格の有無について決定したときは、在宅障害者等紙おむつ給付決定通知書（様式第2号）又は在宅障害者等紙おむつ給付却下通知書（様式第3号）により、申請者に通知するものとする。

(給付事業の始期及び終期)

第5条 この規則による給付事業は、受給資格者が第3条の規定による申請をした日の属する月の翌月から始め、受給資格者としての要件が消滅した日又は本人が死亡した日の属する月で終わるものとする。

(給付方法及び給付限度額)

第6条 紙おむつの給付は現物をもって行うものとし、給付限度額は月4,500円とする。

2 紙おむつの給付は、市が委託する納入業者が1箇月分をまとめて、対象世帯へ直接配達する。

(給付金の返還)

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により給付を受けた者があるときは、既に支給した紙おむつに係る給付金を返還させることができる。

(その他)

第8条 この規則に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成18年2月27日から施行する。

(適用区分)

2 この規則の規定は、平成18年度から実施する事業について適用する。

(経過措置)

3 合併前の西合志町在宅身体障害者等紙オムツ給付規則(平成14年西合志町規則第25号。以下「合併前の規則」という。)の規定による事業の実施については、平成17年度に限り、なお合併前の規則の例による。

附 則(平成22年規則第19号)

(施行期日)

1 この規則は、公布の日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行前に、この規則による改正前の合志市在宅身体障害者等紙おむつ給付規則の規定によりなされた処分、手続その他の行為は、この規則の相当規定によりなされたものとみなす。

附 則(平成23年3月7日規則第6号)

この規則は、公布の日から施行し、平成23年2月8日から適用する。

附 則（令和 3 年 2 月 22 日規則第 14 号）

この規則は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（令和 7 年 1 月 16 日規則第 3 号）

この規則は、公布の日から施行し、改正後の合志市在宅障害者等紙おむつ給付規則の規定は、令和 6 年 4 月 1 日から適用する。

様式第1号（第3条関係）

(表)
在宅障害者等紙おむつ給付申請書

年 月 日

(あて先) 合志市長

申請者 住所 合志市 番地
(介護者) 氏名
電話

合志市在宅障害者等紙おむつ給付について、次のとおり申請します。

受給資格者	氏 名		生 年 月 日	年 月 日		
	住 所	合志市		性 別	男・女	年 齢 歳
受給状況	(1)身体障害者手帳1種1級を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者 (2)療育手帳A1を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者 (3)精神保健福祉手帳1級を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者					
紙おむつを着用し始めた日		年 月 日				
手帳等の有無	身体障害者手帳 (有 ・ 無)	手帳番号()等級() 障害名()				
	療育手帳 (有 ・ 無)	手帳番号()等級()				
	精神福祉手帳 (有 ・ 無)	手帳番号()等級()				
備考						

(裏)
在宅障害者等紙おむつ給付調査表

受給資格者	氏 名		生年月日	年 月 日 (歳)	
	住 所	合志市		性別	男 ・ 女
<p>受給資格者の状態を次のとおり確認しました。</p> <p>1 6月以上紙おむつの着用があり、常時紙おむつを使用している状態である。</p> <p>2 上記1以外の状態である。</p> <p>()</p> <p>以下のいずれにも該当しない者である</p> <ul style="list-style-type: none"> ・合志市日常生活用具給付等事業で給付を認められる者 (有・無) ・合志市在宅高齢者家族介護用品支給事業で給付を認められる者(有・無) ・生活保護法による被保護世帯に属する者 (有・無) <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">調査員氏名</p>					
保健師の意見	保健師氏名				
該当要件	1	身体障害者手帳1種1級を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者			
	2	療育手帳A1を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者			
	3	精神保健福祉手帳1級を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者			
調査の結果	認 定		却 下		
備 考					

様式第 2 号（第 4 条関係）

第 号
年 月 日

様

合志市長

在宅障害者等紙おむつ給付決定通知書

年 月 日付けで申請のあった合志市在宅障害者等紙おむつ給付については、下記のとおり決定しましたので、通知します。

記

- 1 受給資格者氏名
- 2 給付開始年月日 年 月分から
- 3 受給要件

1	身体障害者手帳1種1級を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者
2	療育手帳A1を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者
3	精神保健福祉手帳1級を所持し、紙おむつ着用を常時必要とする者

様式第3号（第4条関係）

第 号
年 月 日

様

合志市長

在宅障害者等紙おむつ給付却下通知書

年 月 日付で申請のあった合志市在宅障害者等紙おむつ給付については、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。

記

1 却下理由

2 その他特記事項

様式第 1 号 (第 3 条関係)

様式第 2 号 (第 4 条関係)

様式第 3 号 (第 4 条関係)