

○幸田町紙おむつ給付要綱

昭和60年

第14号

改正 平成9年第20号

平成12年第25号

平成13年第13号

(目的)

第1条 この事業は、ねたきり高齢者及び重度身体障害者（児）等に紙おむつを給付することにより、高齢者等を介護している家族の負担の軽減を図るとともに、要介護高齢者等の在宅生活の継続及び向上を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 紙おむつの給付を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、次のとおりとする。

- (1) おおむね要介護度が3以上で自力で排尿排便ができない在宅の高齢者又はその者を介護している家族
- (2) 在宅の重度身体障害者（児）で自力で排尿排便ができないもの

(申請)

第3条 前条の規定に該当する者で紙おむつの給付を受けようとするときは、幸田町在宅福祉事業利用申請書（様式第1号）に必要事項を記入し、町長に提出しなければならない。

(給付の決定)

第4条 町長は、前条に規定する申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、その結果を幸田町在宅福祉事業利用決定（却下）通知書（様式第2号）により当該申請者に通知する。

(給付額及び給付方法等)

第5条 市町村民税非課税世帯の対象者については、町の発行する4,000円分の紙おむつ券を交付する。

2 前項に該当しない対象者については、町の発行する2,000円分の紙おむつ券を交付する。

3 給付の期間は、給付の決定日の属する月の翌月から給付事由に該当しなくなった日の属する月分までとする。

(給付辞退届)

第6条 給付を受けた者で第2条に規定する給付要件に該当しなくなったときは、速やかに幸田町在宅福祉事業喪失（辞退）届（様式第3号）を町長に提出しなければならない。

(給付台帳の整備)

第7条 給付者の現状等を明確にするために紙おむつ給付台帳(様式第4号)を整備する。

(給付を受ける者の責務)

第8条 給付を受ける者は、交付された紙おむつ券を目的以外に使用してはならない。

2 交付された紙おむつ券は、他人に譲渡してはならない。

(事業の委託)

第9条 町長は、この事業を適正な執行が行われると見込まれる社会福祉法人等に委託することができる。

2 前項の規定により、事業を委託した場合に町長は、受託者から定期的に報告を求めるものとする。

(雑則)

第10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、昭和60年4月1日から実施する。

附 則(平成9年第20号)

1 この要綱は、平成9年4月1日から施行する。

2 この要綱施行の際、現にこの要綱に定める様式に相当する従前の様式があるときは、改正後の要綱の規定にかかわらず、平成9年度に限りこれを使用することができるものとする。

附 則(平成12年第25号)

1 この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

2 改正後の第2条の規定にかかわらず、施行日の前日に紙おむつの給付を受けていた者及びその者を在宅で介護している家族は、引き続き給付対象者とする。

附 則(平成13年第13号)

この要綱は、平成13年4月1日から実施する。

様式第1号(第3条関係)

幸田町在宅福祉事業利用申請書

年 月 日

幸田町長 様

申請者 住所 幸田町大字 字 番地
氏名 ①
(電話番号 ー)

次のとおり幸田町在宅福祉事業の利用をしたいので、必要書類を添えて申請します。

利用申請事業名	ホームヘルプサービス(身体介護 家事援助 相談等) 寝具洗淨乾燥 紙おむつ給付 移動入浴 給食サービス		
サービスの対象者	氏名	生年月日	年 月 日(満 歳)
	住所	幸田町大字 字 番地	
対象者の状況	要介護()・身体障害者(児) 級・療育手帳()・高齢者		
世帯の状況	独り暮らし・老夫婦世帯・二世帯同居世帯・三世帯同居世帯		
申請理由 (具体的に)		
主治医	医師氏名	医療機関名	
	医療機関所在地		
	電話	F A X	
緊急連絡先	氏名	電話	
	住所	続柄	
緊急連絡先	氏名	電話	
	住所	続柄	
同意書(委任状)	同意書(委任状) 利用者負担額等決定のために必要があるときは、私の課税状況に係る公簿の閲覧に関し所定の申請権限を幸田町長に委任します。また、私は世帯の課税状況に係る公簿の閲覧について、本人の委任を受けております。 氏名 ①		
備考			

*申請書の押印は、氏名を自署する場合は省略することができる。

様式第2号(第4条関係)

幸田町在宅福祉事業利用決定(却下)通知書

年 月 日

様

幸田町長



年 月 日付けで申請のありました幸田町在宅福祉事業の利用について、
次のとおり決定(却下)します。

利用申請 事業名	ホームヘルプサービス(身体介護 家事援助 相談等) 寝具洗淨乾燥 紙おむつ給付 移動入浴 給食サービス			
サービスの 対象者	氏名		生年月日	年 月 日(満 歳)
	住所	幸田町大字 字 番地		
サービスの 内容	開始時期 年 月 日から			

様式第3号(第6条関係)

幸田町在宅福祉事業喪失(辞退)届

年 月 日

幸田町長 様

申請者 住所
氏名 ㊟

次のとおり、お届けします。

対象者	住所	幸田町大字 字			
	氏名				
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	
喪失(辞退)の日	年 月 日				
喪失(辞退)の理由	・転出 ・施設入所 ・死亡 ・入院 ・その他				
喪失(辞退)の内容	ホームヘルプサービス(身体介護 家事援助 相談等) 寝具 洗淨乾燥 紙おむつ給付 移動入浴 給食サービス				
備考					

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 6 条関係)

様式第 4 号 (第 7 条関係)