

大津市日常生活用具給付等事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、大津市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行細則（平成18年規則第54号。以下「規則」という。）第13条第2項第1号に規定する日常生活用具給付等事業（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。

(定義)

第2条 この要綱において、「障害者等」とは、市内に居住する身体障害者（児）、知的障害者（児）、精神障害者及び難病患者（児）（治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第4条第1項の政令で定めるものによる障害の程度が同項の厚生労働大臣が定める程度である者をいう。以下同じ。）をいう。

(用具の種目及び給付等の対象者)

第3条 事業による日常生活用具（以下「用具」という。）の給付又は貸与等（以下「給付等」という。）は、別表に掲げる用具の品目ごとにそれぞれ定める対象者に対して行うものとする。ただし、介護保険法（平成9年法律第123号）により給付等の対象となる用具の貸与又は購入費の支給を受けることができるとき及び当該給付等の申請に係る障害者等又はその属する世帯の他の世帯員のうち法第76条第1項ただし書の政令で定める者の所得が同項の政令で定める基準以上であるときは、この限りでない。

(申請)

第4条 用具の給付等を受けようとする者は、障害者等日常生活用具給付等申請書（様式第1号）（別表に掲げる居宅生活動作補助用具に係る助成を受けようとする者にあつては障害者等日常生活用具給付等申請書（住宅改修用）（様式第2号）、排痰^{たん}補助装置の賃借に要する費用に係る助成（以下「レンタル助成」という。）を受けようとする者にあつては排痰補助装置レンタル料助成金交付申請書（様式第3号））を市長に提出しなければならない。この場合において、用具の給付等を受けようとする者が難病患者（児）であるときは、当該申請書に当該難病に係る医師の診断書等を添付しなければならない。

2 前項に定めるもののほか、動脈血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメーター）の給付等を受けようとする者は、前項の申請書に当該用具の給付等を必要とする旨の医師の診断書等を添付しなければならない。

(調査)

第5条 市長は、前条の規定による申請があったときは、必要な調査を行い、調査書（様式第4号）を作成し、給付等の要否を決定しなければならない。

(決定)

第6条 市長は、前条の調査により用具を給付等することと決定したときは障害者等日常生活用具給付（貸与）決定通知書（様式第5号）（レンタル助成にあつては、排痰補助装置レンタル料助成金交付決定通知書（様式第6号））により、給付等しないことと決定したときは障害者等日常生活用具給付（貸与）棄却（却下）決定通知書（様式第7号）（レンタル助成にあつては、排痰補助装置レンタル料助成金交付棄却（却下）決定通知書（様式第8号））により、それぞれ第4条に規定する申請をした者（以下「申請者」という。）に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により用具を給付等することと決定したときは、障害者等日常生活用具給付（貸与）券（様式第9号）（レンタル助成にあつては、排痰補助装置レンタル料助成券（様式第10号）。以下「給付券等」という。）を申請者に交付するものとする。

(用具の給付)

第7条 前条第1項の規定により用具の給付等の決定を受けた者（以下「給付等決定者」という。）は、用具納入業者（以下「業者」という。）に給付券等を提出して用具の給付等を受けるものとする。

2 前条第1項の規定によりレンタル助成に係る決定を受けた申請者は、医師による排痰補助装置使用に係る指示書兼同意書（様式第11号）を市長に提出しなければならない。

(排泄管理支援用具の給付に係る手続の特例)

第8条 第4条から前条までの規定にかかわらず、別表排泄管理支援用具の部紙おむつ等の款2の項に規定する対象者（以下「特例対象者」という。）に係る紙おむつ等の給付手続については、次条から第11条までの規定を適用するものとする。

第9条 紙おむつ等の給付を受けようとする特例対象者は、在宅障害者（児）紙おむつ給付申請書（様式第12号）を市長に提出しなければならない。

第10条 市長は、前条の規定による申請があったときは、必要な調査を行い、給付の可否を決定し、給付することと決定したときは在宅障害者（児）紙おむつ給付決定通知書（様式第13号）により、給付しないことと決定したときは在宅障害者（児）紙おむつ給付棄却（却下）決定通知書（様式第14号）により、それぞれ特例対象者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により紙おむつ等の給付を決定したときは、申請書を受理した日の属す

る月の翌月以降に特例対象者又はその者の属する世帯の世帯主に紙おむつ受給券（様式第 15 号）を交付するものとする。

第 11 条 前条第 2 項の規定により紙おむつ受給券の交付を受けた者は、一般社団法人大津市薬剤師会に所属する薬局及び登録販売者（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）第 4 条第 5 項第 1 号に規定する登録販売者をいう。）のうちから市長が指定するものから、当該受給券と引き換えに紙おむつ等の給付を受けるものとする。

（費用の負担）

第 12 条 給付等決定者又はその者を扶養する者（以下「納入義務者」という。）は、用具の給付等に要する費用の一部を業者に直接支払わなければならない。ただし、排泄管理支援用具（収尿器を除く。）の給付については、費用を徴収しないものとする。

（業者への支払）

第 13 条 市長は、業者から用具の給付等に係る費用の請求があったときは、当該用具の給付等に要した費用から前条の規定により納入義務者が業者に支払った額を控除した額を支払うものとする。

（貸与の取消し）

第 14 条 市長は、用具の貸与を受けた者が次の各号のいずれかに該当するときは、貸与を取り消すものとする。

- （1） 死亡したとき。
- （2） 市内に居住地を有しなくなったとき。
- （3） 障害者等でなくなったとき。
- （4） 用具の貸与を必要としなくなったとき。

（譲渡等の禁止）

第 15 条 給付等決定者（第 10 条第 1 項の規定による給付の決定を受けた者を含む。）は、当該用具を給付等の目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供してはならない。

（費用及び用具の返還）

第 16 条 市長は、虚偽その他不正な手段により用具の給付等若しくは用具に係る取付工事費の助成を受けた者があるとき、又は用具の給付等を受けた者が前条の規定に反したときは、当該用具の給付等に要した費用の全部若しくは一部又は当該用具を返還させることができる。

(台帳の整備)

第17条 市長は、用具の給付等の状況を明確にするため、障害者等日常生活用具給付（貸与）台帳を整備するものとする。

(補則)

第18条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成18年10月1日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

2 大津市在宅重度障害者（児）紙おむつ給付事業実施要綱（平成6年制定）は、廃止する。

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24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年6月21日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年2月19日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4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。

別表（第3条関係）

種目	品 目	対象者	性 能	仕様等	給付 基準額 (円)	耐用 年数	備 考
介護・訓練支援用具	特殊寝台	(1) 18歳以上の下肢又は体幹機能障害2級以上の者 (2) 難病患者(児)のうち、寝たきりの状態であるもの	腕、脚等の訓練できる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの		154,000	8年	
	移動用リフト	(1) 原則3歳以上の下肢又は体幹機能障害2級以上の者 (2) 難病患者(児)のうち、下肢又は体幹機能に障害のあるもの	介護者が重度身体障害者を移動させるに当たって、容易に使用できるもの（ただし、天井走行型その他住宅改修を伴うものを除く。）		159,000	4年	
	訓練いす	原則3歳以上18歳未満の下肢又は体幹機能障害2級以上の者	原則として、付属のテーブルをつけるものとする。		33,100	—	
	訓練用ベッド	(1) 原則学齢児以上18歳未満の下肢又は体幹機能障害2級以上の者 (2) 難病患者(児)のうち、下肢又は体幹機能に障害のあるもの	腕、脚等の訓練できる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの		154,000	8年	
	特殊マット	(1) 原則3歳以上の療育手帳の障害程度が重度若しくは最重度又は下肢若しくは体幹機能障害1級以上（障害児は2級以上）で常時介護を要する者 (2) 難病患者(児)のうち、寝たきりの状態であるもの	じょくそうの防止又は失禁等による汚染若しくは損耗を防止できる機能を有するもの。失禁等による汚染又は損耗を防止するためのマット（寝具）にビニール等の加工をしたもの		19,600	5年	
	特殊尿器	(1) 原則学齢児以上の下肢又は体幹機能障害1級以上で常時介護を要する者 (2) 難病患者(児)のうち、自力で排尿できないもの	尿が自動的に吸引されるもので、障害者又は介護者が容易に使用できるもの		67,000	5年	
	入浴担架	原則3歳以上の下肢又は体幹機能障害2級以上で入浴に介護を要する者	障害者を担架に乗せたままリフト装置により入浴させるもの		82,400	5年	

	体位変換器	(1) 原則学齢児以上の下肢又は体幹機能障害２級以上の者で下着交換等に介助を要するもの (2) 難病患者(児)のうち、寝たきりの状態であるもの	介助者が障害者の体位を変換させるのに容易に使用できるもの		15,000	5 年	
自立生活支援用具	入浴補助用具	(1) 原則３歳以上の下肢又は体幹機能障害であって、入浴に介助を要する者 (2) 難病患者(児)のうち、入浴に介助を要するもの	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、障害者又は介助者が容易に使用できるもの		90,000	8 年	
	便器	(1) 原則学齢児以上の下肢又は体幹機能障害２級以上の者 (2) 難病患者(児)のうち、常時介護を要するもの	障害者が容易に使用できるもの	手すりなし	4,450	8 年	
				手すりあり	9,850		
	頭部保護帽	原則学齢児以上の平衡機能若しくは下肢若しくは体幹機能障害又は療育手帳の障害程度が重度若しくは最重度で、てんかんの発作等により頻繁に転倒する者	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの	主材料がスポンジ・革のもの	15,656	3 年	価格はオーダーメイドの場合。レディメイドの場合は、基準額の 80%の範囲内の額とする。
				主材料がスポンジ・革・プラスチックのもの	37,852		
	T 字状・棒状つえ	原則学齢児以上の平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害の者	障害者が容易に使用できるもの	主体が軽金属のもの	3,150	3 年	①夜光材付とした場合は 1 本につき 410 円増し。 ②全面夜光材付とした場合は 1 本につき 1,200 円増し。
				主体が木材のもの	2,310		
	移動・移乗支援用具	(1) 原則３歳以上の平衡機能又は下肢若しくは体幹機能障害であって、家庭内の移動等において介助を要する者 (2) 難病患者(児)のうち、下肢が不自由なもの	概ね次のような性能を有する手すり、スロープ等であること。①障害者の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安全性を有するもの。②転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具とする		60,000	8 年	設置にあたり住宅改修を伴うものを除く。

援 用 具 在 宅 療 養 等 支	特殊便器	(1) 原則学齢児以上の 上肢機能障害 2 級以 上又は療育手帳の障 害程度が重度又は最 重度であつて、訓練を 行つても自ら排便後 の処理が困難な者 (2) 難病患者(児)のう ち、上肢機能に障害の あるもの	足踏ペダルにて温水温 風を出すことができる もの及び知的障害者を 介護している者が容易 に使用できるもので温 水温風を出すことがで きるもの		151,200	8 年	取替えにあたり住宅 改修を伴うものを除 く。
	火災警報器	療育手帳の障害程度が 重度若しくは最重度の 者又は身体障害 2 級以 上の者で、火災の発生の 感知及び避難が著しく 困難な障害者のみの世 帯及びこれに準ずる世 帯に属するもの	室内の火災を煙又は熱 により感知し音又は光 を発し屋外にも警報ブ ザーで知らせることが できるもの		15,500	8 年	
	自動消火器	(1) 療育手帳の障害程 度が重度若しくは最 重度の者又は身体障 害 2 級以上の者で、 火災の発生の感知及 び避難が著しく困難 な障害者のみの世帯 及びこれに準ずる世 帯に属するもの (2) 難病患者(児)のう ち、火災の発生の感知 及び避難が著しく困 難な障害者のみで構 成される世帯及びこ れに準ずる世帯に属 するもの	室内温度の異常上昇又 は炎の接触で自動的に 消火液を噴射し初期火 災を消火できるもの		28,700	8 年	
	電磁調理器	18 歳以上の療育手帳の 障害程度が重度若しく は最重度の者又は視覚 障害 2 級以上で視覚障 害者のみの世帯及びこ れに準ずる世帯に属す る者	知的障害者及び視覚障 害者が容易に使用でき るもの		41,000	6 年	
	歩行時間延長 信号機用小型 送信機	原則学齢児以上の視覚 障害 2 級以上の者	視覚障害者が容易に使 用できるもの		7,000	10 年	
	聴覚障害者用 屋内信号装置	18 歳以上の聴覚障害 2 級以上で聴覚障害者の みの世帯及びこれに準 ずる世帯に属する者	音、音声等を視覚、触覚 等により知覚できるも の		87,400	10 年	
	透析液加温器	原則 3 歳以上の腎臓機 能障害 3 級以上で自己 連続携帯式腹膜灌流法 による透析療法を行う 者	透析液を加温し、一定温 度に保つもの		51,500	5 年	

	ネブライザー (吸入器)	(1) 原則学齢児以上の 呼吸器機能障害 3 級 以上又は同程度の身 体障害者であって必 要と認められるもの	障害者が容易に使用で きるもの		36,000	5 年	
	電気式たん吸 引器	(2) 難病患者(児)のう ち、呼吸機能に障害の あるもの			56,400	5 年	
	酸素ボンベ運 搬車	原則 18 歳以上の身体障 害者で医療保険におけ る在宅酸素療法を行う もの	障害者が容易に使用で きるもの		17,000	10 年	
	視覚障害者用 体温計 (音声 式)	原則学齢児以上の視覚 障害 2 級以上で視覚障 害者のみの世帯及びこ れに準ずる世帯に属す る者	視覚障害者が容易に使用 できるもの		9,000	5 年	
	視覚障害者用 体重計	原則 18 歳以上の視覚障 害 2 級以上で視覚障害 者のみの世帯及びこれ に準ずる世帯に属する 者			18,000	5 年	
	視覚障害者用 音声血圧計	原則学齢児以上の視覚 障害 2 級以上の者			15,000	5 年	
	排痰補助装置 (ただし、排痰 補助装置のレン タルに要する経費の一部 を助成するものとする。)	重度の脳性麻痺等により、 自力での排痰が困難な 身体障害者 (児) で常 時排痰を行う必要があ るもの	肺に貯留した分泌物を 効果的に排出できるよう 咳介助を行えるもの		1 月当 たり 21,000	—	申請の際には次に掲 げる書類を添付しな ければならない。 (1) 身体障害者手帳 の写し (2) 排痰補助装置の 性能が分かるもの (3) 1 か月当たりの 排痰補助装置レンタ ル料の見積書 (4) 排痰補助装置使 用に係る医学意見書 (様式第 15 号)
	動脈血中酸素 飽和度測定器 (パルスオキ シメーター)	(1) 呼吸機能障害又は 心臓機能障害の程度 が 3 級以上の者であ って次のいずれかに 該当するもの ア 在宅酸素療法を行 っている者 イ 人口呼吸器の装着 が必要な者 (2) 難病患者(児)のう ち、人工呼吸器の装着 が必要なもの	動脈血中の酸素飽和度 を測定できるものであ って、障害者 (児) が容 易に使用できるもの		157,500	5 年	
	携帯用会話補 助装置	原則学齢児以上の音声 言語機能障害又は肢体 不自由であって、発声・ 発語に著しい障害を有 する者	携帯式で、言葉を音声又 は文章に変換する機能 を有し、障害者が容易に 使用できるもの		98,800	5 年	

情報・通信支援用具	原則学齢児以上の視覚障害 2 級以上又は上肢機能障害 2 級以上の者で、情報機器の使用により社会参加が見込まれ、かつ本用具によりパソコン操作が可能になるもの	障害者向けのパソコン周辺機器やアプリケーションソフトであって、障害者が容易に使用できるもの		100,000	6 年	
点字ディスプレイ	18 歳以上の視覚障害及び聴覚障害の重複障害者(原則として視覚障害 2 級以上かつ聴覚障害 2 級)であって、必要と認められるもの	文字等のコンピュータの画面情報を点字等により示すことのできるもの		383,500	6 年	
点字器	18 歳以上の視覚障害者	視覚障害者が容易に使用できるもの	標準型	10,800	7 年	
			携帯型	7,500	5 年	
点字タイプライター	視覚障害 2 級以上で本人が就労しているか就労が見込まれる者	視覚障害者が容易に使用できるもの		63,100	5 年	
視覚障害者用ポータブルレコーダー	原則学齢児以上の視覚障害 2 級以上の者	視覚障害者が容易に使用できるもの	録音再生機	85,000	6 年	
			再生専用機	48,000	6 年	
視覚障害者用活字文書読上げ装置	学齢児以上で視覚障害 2 級以上の者	文字情報と同一紙面上に記載された当該文字情報を暗号化した情報を読み取り、音声信号に変換して出力する機能を有するもの又は同様の機能を有するもので、視覚障害者が容易に使用できるもの		99,800	6 年	
視覚障害者用拡大読書器	学齢児以上の視覚障害者であって、本装置により文字等を読むことが可能になるもの	画像入力装置を読みたいもの(印刷物等)の上に置くことで、簡単に拡大された画像(文字等)をモニターに映し出せるもの		198,000	8 年	
視覚障害者用時計	18 歳以上の視覚障害 2 級以上の者	視覚障害者が容易に使用できるもの	触読式	10,300	5 年	音声式は、原則として手指の触覚に障害がある等のため、触読式時計の使用が困難な者を対象とする。
			音声式	13,300	5 年	
聴覚障害者用通信装置	原則学齢児以上の聴覚障害者又は発声・発語に著しい障害を有する者であって、コミュニケーション、緊急連絡等の手段として必要と認められるもの	一般の電話に接続することができ、音声の代わりに文字等により通信が可能な機器であり、障害者が容易に使用できるもの		71,000	5 年	

	聴覚障害者用 情報受信装置	聴覚障害者であって、本 装置によりテレビの視 聴が可能になるもの	字幕及び手話通訳付の 番組並びにテレビ番組 に字幕及び手話通訳の 映像を合成したものを 画面に出力する機能を 有し、かつ、災害時の聴 覚障害者向け緊急信号 を受信するもので、聴覚 障害者が容易に使用で きるもの		88,900	6 年	
	人工内耳用電 池	聴覚障害者（児）であっ て、人工内耳を装着して いるもの	人工内耳に使用できる 電池		2,800	1 月	申請 1 回につき半年 分の給付券を一括交 付する。
	人工喉頭	喉頭を摘出した音声・言 語機能障害者	音源を口腔内に導き構 音化するもの	笛式	8,400	4 年	
				電動式	72,300	5 年	価格は、電池又は充 電池を含む。
	福祉電話（貸 与） ファックス（貸 与）	18 歳以上の聴覚障害者 又は外出困難な原則と して身体障害 2 級以上 の者であって、コミュニ ケーション・緊急連絡等 の手段として必要性が 認められる、障害者のみ の世帯及びこれに準ず る世帯であって、所得税 非課税世帯に属する者	障害者が容易に使用で きるもの		—	—	ファックスは、電話 では意思疎通が困難 な者を貸与の対象者 とする。
	点字図書	主に、情報の入手を点字 によって行っている視 覚障害者	点字により作成された 図書		—	—	年間 6 タイトル又は 24 巻を限度とする。
	視覚障害者用 ワードプロセ ッサー（共同利 用）	身体障害者福祉センタ ーや点字図書館などの 施設			—	—	
排泄 管理 支 援 用 具	ストマ用装具	ストマ造設術を行った 膀胱機能障害者	低刺激性の粘着剤を使 用し、障害者が容易に使 用できるもの	尿路系スト マ用具	11,639	1 月	ストマ用品、洗腸用 具を含む。
		ストマ造設術を行った 直腸機能障害者		消化器系ス トマ用具	8,858		
	紙おむつ等 （さらし・ガー ゼ等衛生用品 を含む。）	1 3 歳以上の膀胱又は 直腸機能障害を有 する者でストマ用装 具の装着が困難な者 又は先天性疾患や脳 原性運動機能障害に より高度の排尿・排便 機能障害があり、かつ 排尿・排便の意思表示 が困難なもの	障害者が容易に使用で きるもの		12,000	1 月	申請 1 回につき半年 分の給付券を一括交 付する。

		2 3歳以上の身体障害者手帳2級以上の者、療育手帳の障害程度が重度以上の者又は精神障害者保健福祉手帳1級であつて認知症の診断のある者で、恒常的に紙おむつが必要と認められるもの。ただし、1の項又は大津市地域生活支援事業等(高齢者居宅生活支援)実施要綱による紙おむつ等の交付を受けている者を除く。			4,500		毎年4月、8月及び12月(以下「交付月」という。)にそれぞれ当該月以降の4か月分の受給券を交付する。ただし、給付の決定後初めて受給券の交付を受ける者に対しては、第9条の規定による申請のあった日の属する月の翌月がこれらの月でないときは、当該翌月に同月から同月後最初に到来する交付月の前月までの分を交付するものとする。
	収尿器	高度の排尿機能障害者	障害者が容易に使用できるもの	男性用	8,000	1年	
				女性用	8,800		
住宅改修費	居宅生活動作補助用具	(1) 学齢児以上の下肢、体幹機能障害又は乳幼児期以前の非進行性の脳病変による移動機能障害を有する者であつて、障害等級が3級(ただし、特殊便器への取替えをする場合は上肢障害2級)以上のもの (2) 難病患者(児)のうち、下肢又は体幹機能に障害のあるもの	障害者の移動を円滑にする用具で設置に小規模な住宅改修を伴うもの		1回限り 200,000	—	

障害者等日常生活用具給付等申請書

												年	月	日
(宛先)														
大津市長														
(申請者)														
住所														
氏名														
印														
対象者との続柄 ()														
電話 ()														
次のとおり障害者等日常生活用具の給付等を受けたいので申請します。														
日常生活用具の給付等の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。														
対象者	住 所													
	フリガナ													
	氏 名													
	生年月日	年 月 日												
	個人番号													
障 害 者 手 帳	手帳番号	第				号		交付年月日		年 月 日				
	障害種別								等級	級				
給付等を受ける日常生活用具名														
希望する業者	名 称													
	所在地													
	電 話													

様式第 2 号（第 4 条関係）

障害者等日常生活用具給付等申請書（住宅改修用）

												年	月	日
(宛先)														
大津市長														
(申請者)														
住所														
氏名														
印														
対象者との続柄（ ）														
電話（ ）														
次のとおり障害者等日常生活用具の給付等を受けたいので申請します。														
日常生活用具の給付等の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。														
対象者	住 所													
	フリガナ													
	氏 名													
	生年月日	年 月 日												
	個人番号													
障 害 者 手 帳	手帳番号	第			号			交付年月日			年 月 日			
	障害種別							等級		級				
改修工事内容	1 手すりの取付け 2 床段差の解消 3 床材の変更 4 扉の取替え 5 便器の取替え 6 その他（ ）													
用 具 名	1 便器 2 手すり 3 スロープ 4 その他（ ）													
過 去 の 給 付	住宅改修費の給付： 有（ 年 月 日給付） ・ 無													
希望する業者	名 称													
	所在地													
	電 話													

排痰補助装置レンタル料助成金交付申請書

年 月 日												
(宛先) 大津市長												
(申請者) 住所												
氏名 印												
対象者との続柄 ()												
電話 ()												
次のとおり障害者等日常生活用具の給付等を受けたいので申請します。 日常生活用具の給付等の決定のため、私の世帯の住民登録資料、税務資料その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。												
対象者	住 所											
	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	年 月 日										
	個人番号											
障 害 者 手 帳	手帳番号	第 号				交付年月日		年 月 日				
	障害種別							等級	級			
給付等を受ける日常生活用具名												
レンタル期間		年 月 日から 年 月 日まで										
希望する業者	名 称											
	所在地											
	電 話											

排痰補助装置レンタル料助成券

給付番号			給付年月日			
氏名			生年月日			
住所						
保護者氏名				続柄		
用具の名称						
業者名等	名称					
	所在地					
	電話					
レンタル期間		年 月 日 から 年 月 日まで				
基準額		見積額		自己負担額		公費負担額
月額自己負担上限額						
上記のとおり決定する。 年 月 日 大津市長						
用具の受領	受領年月日		受領者氏名 (用具給付者)	印	本人との関係	
自己負担額の受領	受領年月日		自己負担額 受領業者所在地・氏名	印		

第 号
年 月 日

（申請者） 様

大津市長

排痰補助装置レンタル料助成金交付決定通知書

先に申請のありました排痰補助装置レンタル料の助成につきましては、下記のとおり助成することと決定しましたので通知します。

記

給付番号	第 号	給付決定年月日		年 月 日	
対象者	住 所				
	氏 名				
	生 年 月 日		年 月 日		
	障害者手帳番号		第 号		
			納 入 業 者 名		
装置の名称			納入業者の住所		(電話)
価格	円	受給者が 支払うべき額	円	公費負担額	円
レンタル期間		年 月 日 から 年 月 日 まで			
注意事項	1 排痰補助装置レンタル料助成費は、受給者がその能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものですから、支払うこととされた額については、必ず排痰補助装置の貸与を受ける前に支払ってください。 2 貸与を受けた排痰補助装置を、その目的に反して使用し、譲渡、交換、貸し付け、又は担保に供することは固く禁じます。 3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を返還してもらうことがあります。 4 使用者の責に帰する理由で機械等に故障が生じた場合、使用者が修理費を負担すること。 5 当該装置の設置場所の変更及び使用を終了する場合は、速やかにその旨を市長に報告すること。				

様式第7号（第6条関係）

第 号
年 月 日

（申請者） 様

大津市長

障害者等日常生活用具給付（貸与）棄却（却下）決定通知書

年 月 日に申請のありました障害者等日常生活用具の給付等については、下記の理由により給付（貸与）しないことと決定しましたので通知します。

記

1 申請事由

2 理由

教示

- 1 この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に大津市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、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月以内に大津市を被告として（大津市長が被告の代表者となります。）提起することができます（なお、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月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に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決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起することができます。

第 号
年 月 日

（申請者） 様

大津市長

排痰補助装置レンタル料助成金交付棄却（却下）決定通知書

年 月 日に申請のありました排痰補助装置レンタル料の助成については、下記の理由により助成しないことと決定しましたので通知します。

記

1 申請事由

2 理由

教示

- 1 この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に大津市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、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月以内に大津市を被告として（大津市長が被告の代表者となります。）提起することができます（なお、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月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に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決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起することができます。

排痰補助装置使用に係る指示書兼同意書

医療機関 名称					
医療機関 所在地					
医師氏名			医療機関 事務担当者 氏 名		
受 注 者	業 者 名				
	所 在 地				
	電話番号		担当者氏名		
対 象 者	氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
	住 所				
	電話番号				
	疾 患 名				
	感 染 症	☐ 無 ☐ 有			
		[☐ MRSA ☐ HCV ☐ HBC ☐ Wa ☐ その他()]			
装 置	装置名				
	使用設定・条件(年 月 日現在)				
	INHALE(吸気時間)	SEC.	INHALE PRESSURE (吸 気 圧)	cmH2O	
	EXHALE(呼気時間)	SEC.	EXHALE PRESSURE (呼 気 圧)	cmH2O	
	PAUSE(休止時間)	SEC.	INHALE FLOW (呼気流量)		
医師の 指示事項					
同意書	私は上記指示事項に同意した上で、排痰補助装置を使用します。 年 月 日 申請者氏名 扶養義務者氏名				

様式第 1 2 号（第 9 条関係）

在宅障害者（児）紙おむつ給付申請書

年 月 日

(宛先)

大津市長

申請者 住所

氏名

印

続柄 ()

電話 ()

)

大津市日常生活用具給付等事業実施要綱の規定により、紙おむつの給付を受けたいので申請します。

障 害 者 の 状 況	氏 名		男・女	年 月 日生	満 歳
	個 人 番 号				
	身体障害者 手 帳	滋賀県・大津市 第_____号 _____級 _____年____月____日交付 障害名：			
	療育手帳	滋賀県 第_____号 A・B _____年____月____日交付			
	精神障害者 保健福祉 手 帳	滋賀県 第_____号 _____級 _____年____月____日交付 [認知症の有無※] 有 ・ 無			
	介護保険	未申請 ・ 申請済（要介護度：_____）			
	入院・入所 の有無	入院中（ _____年 _____月 _____日から） ・ 施設等に入所中 ・ 在宅			
	おむつの 使用頻度	常時使用 ・ 必要な時のみ ・ 使用していない			
	おむつを使い始めた時期	_____年____月頃から			

同 意 欄	在宅障害者（児）紙おむつ給付の決定のため、課税状況について調査することに同意します。 氏名 _____ 印 _____
-------	--

処 理 欄	寝たきり老人等助成	該当・非該当	特例の対象とならない 排泄管理支援用具の交付	該当・非該当	給付	適・不適
	受給者番号		給付開始年月	_____年 _____月 ~		

※ 認知症の有無については診断書等の提出を求める場合があります。

在宅障害者（児）紙おむつ給付決定通知書

第 号
年 月 日

（申請者） 様

大津市長

年 月 日に申請のありました紙おむつの給付につきましては、下記のとおり給付することと決定しましたので通知します。

記

1 給付開始日 （ 年 月分から）

2 対象者氏名

（御注意）

対象者に次のような異動があったときは、必ず大津市福祉子ども部障害福祉課へ届け出てください。

- ・ 死亡
- ・ 市外転出
- ・ 施設入所
- ・ 病院又は診療所に 1 月以上継続して入院するに至った
- ・ 紙おむつを使用しなくなった

在宅障害者（児）紙おむつ給付棄却（却下）決定通知書

第 号
年 月 日

（申請者） 様

大津市長

年 月 日に申請のありました紙おむつの給付につきましては、下記の理由により給付しないことと決定しましたので通知します。

記

1 申請事由

2 理由

教示

- 1 この処分に不服があるときは、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に大津市長に対して審査請求をすることができます。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。
- 2 この処分の取消しの訴えは、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月以内に大津市を被告として（大津市長が被告の代表者となります。）提起することができます（なお、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月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると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。）。ただし、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に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決があったことを知った日の翌日から起算して6月以内に提起することができます。

様式第 1 5 号（第 1 0 条関係）

¥

紙おむつ受給券

(有効期限)

(受給者番号)

(受給者氏名)

(発 行 者) 大津市長

(引換店記入欄)

店名