

○羽生市家族介護用品支給事業実施要綱

平成12年3月29日

告示第5号

改正 平成13年3月30日告示第14号

平成17年11月4日告示第33号

平成27年12月28日告示第54号

(目的)

第1条 この要綱は、在宅のねたきり高齢者、認知症の高齢者（以下「ねたきり老人等」という。）に対し、家族介護用品を支給することにより、本人及び同居する親族を援助し、その精神的、経済的負担等の軽減を図り、もって福祉の増進に寄与することを目的とする。

(対象者)

第2条 この事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、市内に住所を有し、**市民税非課税世帯に属する者**で、在宅で介護を受け、次の各号のいずれかに該当するものとする。

- (1) おおむね65歳以上で、介護保険法による要介護認定で要介護度4、5の状態にあり、紙おむつ等を必要とする者
- (2) その他市長が特に必要と認めた者

(事業内容)

第3条 事業の内容は次のとおりとする。

- (1) 家族介護用品とは紙おむつ、尿とりパットとする。
- (2) 家族介護用品の1ヶ月当たりの支給は、紙おむつ30枚、及び尿とりパット60枚を限度とする。

(支給の手続)

第4条 家族介護用品の支給を受けようとする者は、家族介護用品支給申請書（様式第1号）を市長に提出しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、家族介護用品の支給の可否を決定し、その結果を、家族介護用品支給決定（却

下) 通知書(様式第2号)により通知するものとする。

(委託)

第5条 市長は、家族介護用品支給実施委託書(様式第3号)により事業者に委託するものとする。

(異動の届出)

第6条 利用者は、申請した内容に変更があった場合は、家族介護用品支給異動届(様式第4号)を速やかに市長に提出しなければならない。

(支給の取消し)

第7条 市長は、次の各号のいずれかに該当する場合は、家族介護用品の支給を取り消すことができる。

(1) 第2条に規定する要件に該当しないことが判明した場合

(2) 受給者が家族介護用品の支給を辞退した場合

(3) 偽り又は不正の手段により支給を受けた場合

2 市長は、前項の規定により取消しを決定したときは、家族介護用品支給取消決定通知書(様式第5号)により対象者へ通知し、家族介護用品支給実施依頼取消通知書(様式第6号)により事業者へ通知するものとする。

(その他)

第8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12年4月1日から施行する。

附 則(平成13年3月30日告示第14号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成17年11月4日告示第33号)

この告示は、公布の日から施行する。

附 則(平成27年12月28日告示第54号)

(施行期日)

1 この告示は、平成28年1月1日から施行する。

(経過措置)

2 この告示の施行の際この告示による改正前の様式により使用されている書類は、この告示による改正後の様式によるものとみなす。

様式第1号(第4条関係)

家族介護用品支給申請書

年 月 日

羽生市長

申請者 住所
氏名
電話番号



家族介護用品の支給を次のとおり申請します。

対象者	住所		生年月日	年	月	日
	氏名		性別		年齢	歳
	個人番号					
世帯状況	氏名	続柄	年齢	備考		
	個人番号					
	個人番号					
	個人番号					
	個人番号					
紙おむつの希望種類	<input type="checkbox"/> パンツタイプ	M ・ L ・ LL				
	<input type="checkbox"/> テープタイプ	M ・ L ・ LL				
	<input type="checkbox"/> パット					
申請理由						

家族介護用品支給資格確認のため、世帯員全員の市民税課税状況を照会することに同意します。

年 月 日

世帯主 住所
氏名



様式第2号（第4条関係）

発第 号
年 月 日

様

羽生市長

家族介護用品支給決定（却下）通知書

申請のありました家族介護用品の支給については、下記のとおり通知します。

記

決 定 ・ 却 下

対象者	住 所	
	氏 名	

理由	
----	--

備考	
----	--

様式第3号(第5条関係)

年 月 日

様

羽生市長

家族介護用品支給実施委託書

下記の者に家族介護用品の支給を決定したので、業務を委託します。

住所	
対象者氏名	
電話番号	
開始月	
紙おむつ等 支給枚数	
備考	

様式第4号(第6条関係)

年 月 日

羽生市長

住 所
申請者 氏 名
電話番号

家庭介護用品支給異動届

このことにつきまして、下記のとおり異動が生じたのでお届けします。

記

対 象 者	氏 名	
異 動 内 容	転 出 死 亡 辞 退 施設入所 () その他 ()	
異 動 日		年 月 日

様式第5号（第7条関係）

発第 号
年 月 日

様

羽生市長

家族介護用品支給取消決定通知書

家族介護用品の支給が、取消となりましたので通知します。

記

住 所	
氏 名	
理 由	

1 不服の申し立てについて

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に、羽生市長に異議申し立てをすることができます。

2 取消訴訟について

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（1の異議申し立てをした場合は、当該異議申し立てに対する決定があったことを知った日）の翌日から起算して6ヶ月以内に、羽生市長を被告として提起しなければなりません。この場合、当該訴訟において羽生市を代表する者は、羽生市長です。

*市民税非課税世帯で、要介護認定が4、5になった場合は再度、申請をお願いいたします。

様式第6号(第7条関係)

発第 号
年 月 日

様

羽生市長

家族介護用品支給実施依頼取消通知書

下記の者に家族介護用品支給の取消を決定したので通知します。

住所	
対象者氏名	
電話番号	
廃止月	
備考	

様式第1号（第4条関係）

様式第2号（第4条関係）

様式第3号（第5条関係）

様式第4号（第6条関係）

様式第5号（第7条関係）

様式第6号（第7条関係）