

令和4年度 障害者（児）紙おむつ給付事業実施要綱

1. 主 旨 在宅で継続して、紙おむつを必要とする障害者（児）に対し、紙おむつを給付することにより、在宅生活を支援する。
2. 対 象 者 在宅で継続して紙おむつを必要とする3歳から64歳までの障害者（児）（昭和33年4月1日から平成31年3月31日までに生まれた者）で、竹原市重度障害者等日常生活用具等給付事業において紙おむつの給付を受けてない人。
ただし、手帳（身体・療育・精神）を所持せず、障害の状態が民生児童委員の証明により、継続して紙おむつが必要な場合は、本会で協議し、支援決定を行う。
3. 支 援 額 1ヶ月あたり1,500円に月数を乗じて得た額を支援する。
（申請受付日の当該月から、2023年3月までの月数分）
4. 支 援 方 法 3で得た額面の引換券を発行する。
（別紙市内取扱薬局で対象者が使用している紙おむつに引換）
5. 申 請 方 法 本会所定申請書に必要事項を記入し、担当地域の民生児童委員による証明（署名・押印）があるものを本会へ持参する。
（申請は、民生児童委員、障害者支援センター職員等、代行可）
6. 引 き 換 え の 際 の 注 意 事 項
 - （1） 引換券有効期間は、引換券発行日から原則2月末とする。
引換券は、支援額を3分割し、3枚発行（1枚6,000円を基本）する。
 - （2） 現物の紙おむつ以外のものとは、引換できない。
 - （3） 紙おむつの額が引換券の額面に対して、同額以上でなければ無効とする。
引換券の額面を超えた場合は、申請者は、その差額分を店頭にて直接現金で支払う。
7. 情 報 提 供 先
 - 4月の各地区民児協
 - 4月の障害者自立支援定例会議
 - 令和4年3、5月号の竹原福祉だより

令和4年度障害者(児)紙おむつ給付申請書

※在宅で継続して紙おむつを必要とされる3歳から64歳までの障害者(児)のかたを対象とした事業です。

(竹原市重度障害等日常生活用具等給付事業で紙おむつを給付されているかたは対象外の事業です)

申請日 : 令和 年 月 日

社会福祉法人 竹原市社会福祉協議会
会長 様

次のとおり、紙おむつの給付申請をします。

紙おむつ引換券の 受取者 (申請に来られたかた)	氏名 利用者との続柄(関係)
申請者	住所 竹原市 TEL 氏名 利用者との続柄(関係)
利用者	住所 竹原市 TEL 氏名 男・女 生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (歳)
現在の介護状況 該当箇所に○をしてください	利用者の紙おむつが必要な状況(記入してください) 手帳(身体・療育・精神) 排泄(全面介助・一部介助・その他)
引き換えにあたって のご注意	1. 紙おむつ以外のものとは、引き換えできません。 2. 紙おむつ引換券は、額面同額または上回る金額のみ有効です。 3. 紙おむつ代金が引換券の額面を上回る場合は、その差額分を直接現金で店頭にてお支払いください。 4. 紙おむつ代金が下回る場合は、引換券が無効になります。

民生児童委員 確認欄	令和 年 月 日 民生児童委員氏名
---------------	----------------------

(個人情報利用目的) 障害者(児)紙おむつ給付事業のとりまとめのみに利用します。

(本会記入)

紙おむつ (引換券)	紙おむつ1ヶ月分の本会給付基準額=1,500円 (月分~ 月分まで合計 ヶ月分×1,500円= 円分) 引換券枚数3枚(1枚6,000円を基本:引換金額(① 円② 円③ 円)
---------------	--

支給決定

局長	次長	係	公印承認

紙おむつ引換番号

--

令和4年度障害者(児)紙おむつ給付申請書

※在宅で継続して紙おむつを必要とされる3歳から64歳までの障害者(児)のかたを対象とした事業です。

(竹原市重度障害等日常生活用具等給付事業で紙おむつを給付されているかたは対象外の事業です)

申請日 : 令和 年 月 日

社会福祉法人 竹原市社会福祉協議会
会長 様

次のとおり、紙おむつの給付申請をします。

紙おむつ引換券の 受取者 (申請に来られたかた)	氏名
	利用者との続柄(関係)
申請者	住所 竹原市 Tel
	氏名 印
	利用者との続柄(関係)
利用者	住所 竹原市 Tel
	氏名 印 男・女
	生年月日 昭和・平成 年 月 日生 (歳)
現在の介護状況	利用者の紙おむつが必要な状況(記入してください)
該当箇所に○をしてください	手帳(身体・療育・精神) 排泄(全面介助・一部介助・その他)
引き換えにあたって のご注意	<ol style="list-style-type: none"> 紙おむつ以外のものとは、引き換えできません。 紙おむつ引換券は、額面同額または上回る金額のみ有効です。 紙おむつ代金が引換券の額面を上回る場合は、その差額分を直接現金で店頭にてお支払いください。 紙おむつ代金が下回る場合は、引換券が無効になります。

民生児童委員 確認欄	令和 年 月 日
	民生児童委員氏名 印

(個人情報の利用目的) 障害者(児)紙おむつ給付事業のとりまとめのみに利用します。

(本会記入)

紙おむつ (引換券)	紙おむつ1ヶ月分の本会給付基準額=1,500円 (月分~ 月分まで合計 ヶ月分×1,500円= 円分) 引換券枚数3枚(1枚6,000円を基本:引換金額(① 円② 円③ 円)
---------------	--

支給決定

局長	次長	係	公印承認

紙おむつ引換番号

--