

## 大津市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業実施要綱

### (趣旨)

第1条 この要綱は、児童福祉法（昭和22年法律164号。以下「法」という。）第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等に対して日常生活用具（以下「用具」という。）を給付する大津市小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付事業の実施について、必要な事項を定めるものとする。

### (事業の目的)

第2条 この事業は、在宅の小児慢性特定疾病児童等に対し、特殊寝台等の用具を給付することにより、日常生活の便宜を図り、もって福祉の増進に資することを目的とする。

### (定義)

第3条 この要綱において、「小児慢性特定疾病児童等」とは、市内に居住地を有する法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定の対象になっている者（法による施策（小児慢性特定疾病に係る施策を除く。）及び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）による施策の対象となる者を除く。）をいう。

### (用具の種目及び給付の対象者)

第4条 給付の対象となる用具の種目は、別表第1の種目欄に掲げる用具とし、その対象者は、同表の対象者欄に掲げる小児慢性特定疾病児童等とする。

### (申請)

第5条 用具の給付を受けようとする保護者（以下「申請者」という。）は、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付申請書（様式第1号）に小児慢性特定疾病医療受給者証の写しを添えて市長に提出しなければならない。

### (調査)

第6条 市長は、前条の規定による申請があったときは、必要な調査等を行い、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付調査書（様式第2号）を作成し、給付の可否を決定しなければならない。

### (決定)

第7条 市長は、前条の調査により用具の給付を決定したときには、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付決定通知書（様式第3号）により、給付を却下したときは、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具却下通知書（様式第4号）により、それぞれ申請者に通知するものとする。

2 市長は、前項の規定により用具の給付を決定したときは、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付券（様式第5号。以下「給付券」という。）を申請者に交付するものとする。

### (用具の給付)

第8条 前条第1項の規定により用具の給付の決定を受けた者（以下「給付決定者」とい

う。)は、用具納入業者(以下「業者」という。)に給付券を提出して用具の給付を受けるものとする。

(費用の負担)

第9条 給付決定者の扶養義務者は、その収入の状況に応じて用具の給付に要する費用の一部を業者に支払うものとする。この場合において、扶養義務者が支払う額は、別表第2の基準により算定した額とする。

(業者への支払)

第10条 市長は、業者から給付券を添えて用具の給付に係る費用の請求があったときは、当該用具の給付に要した費用から前条の規定により給付決定者の扶養義務者が業者に支払う額を控除した額を支払うものとする。

(譲渡等の禁止)

第11条 給付決定者は、当該用具を給付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12条 市長は、虚偽その他不正な手段により用具の給付を受けた者がいるとき、又は用具の給付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13条 市長は、用具の給付の状況を明確にするため、小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付台帳を整備するものとする。

(補則)

第14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19年3月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。ただし、別表第2D階層の項の改正規定は、平成20年7月1日から施行する。

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25年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、平成26年8月18日から施行する。ただし、別表第2の改正規定及び様式第2号の改正規定(「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律」を「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」に改める部分に限る。)は、同年10

月 1 日から施行する。

- 2 改正後の大津市小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付事業実施要綱の規定は、平成 26 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 11 月 13 日から施行し、平成 27 年 4 月 1 日から適用する。

別表第1（第4条関係）

種目	対象者	性能
便器	常時介助を要する者	小児慢性特定疾病児童等が容易に使用し得るもの(手すりをつけることができる。)
特殊マット	寝たきりの状態にある者	褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの
特殊便器	上肢機能に障害のある者	足踏ペダルにて温水温風を出し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く
特殊寝台	寝たきりの状態にある者	腕、脚等の訓練の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
歩行支援用具	下肢が不自由な者	おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ、歩行器等であること (1) 小児慢性特定疾病児童等の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの (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なるもの
入浴補助用具	入浴に介助を要する者	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、小児慢性特定疾病児童等又は介助者が容易に使用し得るもの
特殊尿器	自力で排尿できない者	尿が自動的に吸引されるもので小児慢性特定疾病児童等又は介助者が容易に使用し得るもの
体位変換器	寝たきりの状態にある者	介助者が小児慢性特定疾病児童等の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの
車いす	下肢が不自由な者	小児慢性特定疾病児童等の身体機能を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの
頭部保護帽	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
電気式たん吸引器	呼吸器機能に障害のある者	小児慢性特定疾病児童等又は介助者が容易に使用し得るもの
クールベスト	体温調節が著しく難しい者	疾病の症状に合わせて体温調節のできるもの
紫外線カットクリーム	紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障害を起こすことがある者	紫外線をカットできるもの
ネブライザー（吸入器）	呼吸器機能に障害のある者	小児慢性特定疾病児童等又は介助者が容易に使用し得るもの
パルスオキシメーター	人工呼吸器の装着が必要な者	呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し、介助者等が容易に使用し得るもの
ストーマ装具（消化器系）	人工肛門を造設した者	小児慢性特定疾病児童等又は介助者が容易に使用し得るもの
ストーマ装具（尿路系）	人工膀胱を造設した者	小児慢性特定疾病児童等又は介助者が容易に使用し得るもの
人工鼻	人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者	小児慢性特定疾病児童等又は介助者が容易に使用し得るもの

## 徴収基準額表

階層区分	世帯の階層(細)区分		徴収基準 月 額	加算基準 月 額
A 階層	生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯(単給世帯を含む。)及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付受給世帯		円 0	円 0
B 階層	A 階層を除き当該年度分(1月から6月までに受けた給付に係る徴収基準月額及び加算基準月額については、前年度分。以下この表において同じ。)の市町村民税非課税世帯		1,100	110
C 階層	A 階層及びD 階層を除き当該年度分の市町村民税の課税世帯であって、その市町村民税の額の区分が次の区分に該当する世帯	均等割の額のみ (所得割の額のない世帯)	C1 階層 2,250	230
		所得割の額のある世帯	C2 階層 2,900	290
D 階層	A 階層及びB 階層を除き前年分(1月から6月までに受けた給付に係る徴収基準月額及び加算基準月額については、前々年分)の所得税課税世帯であって、その所得税の額の区分が次の区分に該当する世帯	所得税の年額 2,400 円以下	D 階層	350
		2,401 ~ 4,800 円	D2 "	380
		4,801 ~ 8,400 円	D3 "	430
		8,401 ~ 12,000 円	D4 "	470
		12,001 ~ 16,200 円	D5 "	550
		16,201 ~ 21,000 円	D6 "	630
		21,001 ~ 46,200 円	D7 "	810
		46,201 ~ 60,000 円	D8 "	940
		60,001 ~ 78,000 円	D9 "	1,160
		78,001 ~ 100,500 円	D10	1,380
		100,501 ~ 190,000 円	"	1,790
		190,001 ~ 299,500 円	D11	2,200
		299,501 ~ 831,900 円	"	2,620
		831,901 ~ 1,467,000 円	D12	4,040
		1,467,001 ~ 1,632,000 円	"	4,250
		1,632,001 ~ 2,302,900 円	D13	5,150
		2,302,901 ~ 3,117,000 円	"	6,130
		3,117,001 ~ 4,173,000 円	D14	7,190
		4,173,001 円以上	D15	全額
	D16			
	D17			
	D18			
	D19			
	"			

(宛先)

大津市長

住所

申請者 氏名 ㊟

電話

(給付対象者との続柄： )

次のとおり小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付を申請します。

対象者	住所	大津市				
	フリガナ 氏名		電話番号			
	生年月日	年 月 日	性別	男・女	年齢	歳
	疾患名					
世帯員の状況	氏名	続柄	生年月日	性別	前年の所得税額	
給付を希望する理由						
現在の住まいの状況	住宅	1 自宅 2 借家(貸主の諾否)	浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし	便器	1 和式 2 洋式 3 ポータブル
現在の介護の状況	入浴	1 介助が必要 2 清拭のみ 3 入浴清拭ともにしていない 4 自分でできる	排泄	1 介助が必要 2 ポータブルトイレ使用 3 自分でできる	移動	1 車いす 自走・介助 2 杖・手すりでの移動 3 自立歩行
給付を受けたい用具	<input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 特殊マット <input type="checkbox"/> 特殊便器 <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 歩行支援用具 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 頭部保護帽 <input type="checkbox"/> 電気式たん吸引器 <input type="checkbox"/> クールベスト <input type="checkbox"/> 紫外線カットクリーム <input type="checkbox"/> ネブライザー(吸入器) <input type="checkbox"/> パルスオキシメーター <input type="checkbox"/> ストーマ装具(消化器系) <input type="checkbox"/> ストーマ装具(尿路系) <input type="checkbox"/> 人工鼻					
希望する形式、規模等						
申請に当たり特に希望する事項						
同意書	日常生活用具の給付の決定に当たり、私の世帯の課税状況の調査をすることについて同意します。 年 月 日 世帯代表者氏名 ㊟					

(注) 記入方法 □には、該当するところにレで印をすること。  
様式第2号(第6条関係)

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付調査書

申請書受理 番号年月日		No. 年 月 日		申請者 氏 名		対象者との 続柄		
対象者	氏 名			男・女	生年月日	年 月 日生 ( 歳)		
	住 所							
	疾患名							
	症 状							
世帯員の 状況	氏 名	年齢	対象者との続 柄		備 考			
世帯区分	1 被保護世帯、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付世帯又は市町村民税非課税世帯 2 市町村民税均等割世帯 3 市町村民税所得割課税世帯 4 所得税課税世帯							
住まいの状 況	1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)		給付後の介護 の状況	1 自力で入浴・排便・移動できるようになる 2 給付しても他人の介助が必要 3 給付しても入浴・排便・移動できない 4 その他 ( )				
給付の必要 の有無	1 有 2 無		給付する(し ない)理由					
給付する用 具(型)		予定 価格	円		扶養義務者 が支払うべ き額	円	公費負 担予定 額	円
その他特記事項								
年 月 日								
						調査員	役職名	印
						氏 名		

様式第3号(第7条関係)

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付決定通知書

第 号  
年 月 日

様

大津市長 印

年 月 日付で申請のありました小児慢性特定疾病児童等日常生活用具の給付につきましては、次のとおり決定したので通知します。

給付番号					
給付決定年月日					
対象者氏名					
給付する用具名(形式の規模等を含む。)					
疾患名					
納入業者	名称				
	住所				
	電話番号				
価格	円	扶養義務者が支払うべき額	円	公費負担額	円

- 1 用具は、業者から直接受け取ってください。
- 2 用具は、対象者の扶養義務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ありますから、支払うこととされた額については、必ず用具を受け取った時に支払ってください。
- 3 給付された用具をその目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け、又は担保に供したりすることは、固く禁じられています。
- 4 前3項の規定に違反した場合には、公費負担額の全部又は一部を返還してもらうことがあります。



第 号  
年 月 日

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具却下通知書

申請者

様

大津市長

印

年 月 日に申請がありました日常生活用具の給付につきましては、審査の結果却下することになりましたので、ご承知ください。

理由

様式第5号（第7条関係）

小児慢性特定疾病児童等日常生活用具給付券

① 給付番号	第 号	② 給付券 発行年月日	年 月 日	
③ 対象者氏名		④ 生年月日	年 月 日生 ( 歳)	
⑤ 住所				
⑥ 保護者氏名		⑦ 対象者との続柄		
⑧給付する用具名 (形式、規模等)	⑨価 格	⑩扶養義務者が支払うべき額	⑪公費負担額	
	円	円	円	
⑫納入業者名		⑬納入業者の住所	電話 ( )	
⑭この券の有効 期限	受給者が業者に提示す る期限	年 月 日	業者の公費 支払請求期限	年 月 日
上記のとおり決定する。				
年 月 日 大津市長 印				
⑮業者が納入した日	⑯扶養義務者より受領した額	⑰受領業者名及び年月 日・受領印		
年 月 日	円	年 月 日 印		
⑱用具受領保護者氏名・印		⑲ 検収者	職名	
			氏名 ⑳	
㉑その他 特記事項				

(注) 本表は①から⑭までと⑲は市長、⑮から⑰までは業者、⑱は保護者が記入すること。