

(様式第1号)

## 介護用品支給申請書

令和 年 月 日

西宮市長様

次のとおり西宮市介護用品支給事業の利用を申請します。

申請者 (介護者)	氏名	フリガナ ①	要介護者 との続柄	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	
	住所	〒 - 西宮市	( ) -	
要介護者 (紙おむ つ使用者)	氏名	フリガナ	常時失禁	有 ・ 無
			要介護度	4 ・ 5
			生活保護の適用	有 ・ 無
	生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	
	住所	〒 - 西宮市	( ) -	

この申請の決定事務に必要な介護保険の認定状況、入院状況やサービスの利用状況等、世帯全員の市民税の課税状況、生活保護の受給状況を調査することを承諾します。

また、介護用品の支給決定やサービスの提供に必要な場合は、本書に記載した事項について、委託事業者や地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者へ情報提供および調査することを承諾します。

世帯 構 成 員	氏名	要介護者 との続柄	生年月日	市民税確認欄 (西宮市記入欄)	
	①	本人		<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
	①			<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
	①			<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
	①			<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
	①			<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
	①			<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税
	①			<input type="checkbox"/> 非課税	<input type="checkbox"/> 課税

※署名または記名・押印してください。

※介護者が要介護者と異なる世帯に属する場合、介護者と要介護者の両方の世帯全員の情報をご記入ください。

【 記 入 例 】

(様式第1号)

介護用品支給申請書

令和 年 月 日

西宮市長様

次のとおり介護用品支給を申請します。

<b>介護者</b> 申請者 (介護者)	氏名	フリガナ ミヤズ マチ 宮水 学 (印)	要介護者 との続柄	長男
	生年月日	明・大・昭 40年 4月 4日	電話番号	
	住所	〒 - 西宮市 六湛寺町○番△号	( ) 090 - 1234 - 5678	
<b>おむつ使用者</b> 要介護者 (紙おむつ 使用者)	氏名	フリガナ ニノミヤ タロウ 西宮 太郎	常時失禁	(有) ・ 無
	生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日	要介護度	4 ・ (5)
	住所	〒 - 西宮市 六湛寺町△番□号	生活保護の適用	有 ・ (無)
			電話番号	(0798) 12 - 3456
<p>この申請の決定事務に必要な介護保険の認定状況、入院状況やサービスの利用状況等、世帯全員の市民税の課税状況、生活保護の受給状況を調査することを承諾します。</p> <p>また、介護用品の支給決定やサービスの提供に必要な場合は、本書にて、委託事業者や地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービスセンター等に調査依頼を提出し、調査を受けることを承諾します。</p>				
世帯構成員	氏名	要介護者 との続柄	生年月日	市民税確認欄 (西宮市記入欄)
	西宮 太郎 (印)	本人	昭和10年1月1日	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
	西宮 花子 (印)	妻	昭和15年1月5日	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
	宮水 学 (印)	長男	昭和40年4月4日	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
	宮水 園子 (印)	長男嫁	昭和45年4月5日	<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
	(印)			
	(印)			
(印)				

市民税確認欄は記入不要です。

介護を受けている方と介護者が別世帯の場合、両世帯の全構成員をご記入ください。おむつの支給を受けるには、全員が市民非課税であることが必要です。

※署名または記名・押印してください。  
※介護者が要介護者と異なる世帯に属する場合、介護情報をご記入ください。

# 西宮市介護用品支給事業の概要

## 制度の目的

要介護認定を受けている在宅高齢者等を介護している家族の身体的・精神的・経済的負担を軽減するため、介護用品（紙おむつ、尿とりパッド等）を支給します。

## 支給対象者

下記の①～⑤までの要件をすべて満たす在宅要介護高齢者等を介護する、同居または同居に準ずる市民税非課税の家族

- ①西宮市民でかつ市内に居住し、介護保険制度の要介護認定において、要介護4または要介護5に認定された方
- ②常に失禁状態にあり、おむつの使用が適切であると市長が認めた方
- ③市民税非課税世帯に属する方（4月～6月の申請の場合、前年度が非課税）  
※高齢者等の世帯と支給対象者（介護者）の世帯が別である場合、支給対象者（介護者）の世帯全員も市民税非課税であることが必要です。
- ④生活保護法の規定による保護を受けていない方
- ⑤障害者日常生活用具給付等事業で紙おむつ等の支給を受けていない方

## 支給内容・方法

市があらかじめ選定した紙おむつと尿とりパッドの用品一覧を元に、利用者が希望する用品を、委託業者が自宅まで月1回（地域ごとに異なり、第1・2月曜日、第1・2・3火曜日、第1水曜日のいずれか）配達します。市の助成上限金額を超えた購入分については利用者負担となり、配達時の精算となります。

## 助成上限金額

◎月額6,500円（助成金額を超えた分は利用者負担）

## 利用の流れ

- ①支給の申請：市の担当窓口申請書を提出
- ②可否の決定：申請内容を審査し、支給決定の可否を通知
- ③用品の注文：市が送付するパンフレットから商品を選択し、業者へ注文
- ④用品の配達：月に1回の配達。助成金額を超える分は、配達時に現金での支払いが必要。支給内容を変更する場合、利用者が業者へ連絡。

## その他

- ・入院、施設等への入所などの場合、支給出来ません。
- ・3ヵ月以上の入院等は資格の喪失となりますので、退院後再申請が必要です。

申込み・問い合わせ先：西宮市高齢介護課 高齢事業チーム（1階） TEL0798-35-3077