

## 加古川市日常生活用具給付事業実施要綱

### （目的）

第1条 この要綱は、加古川市地域生活支援事業に関する要綱（平成18年9月26日福祉部長決定）第3条第1項第7号の日常生活用具給付等事業として、日常生活用具（以下「用具」という。）を給付することにより、日常生活の便宜を図り、その福祉の増進に資することを目的とする。

### （対象者）

第2条 この事業の対象者は、市内に居住地を有する者（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19条第3項に規定する特定施設入所障害者であって、同項に規定する特定施設への入所前に有した住所地（同項に規定する継続入所障害者にあつては、最初に入所した特定施設への入所前に有した所在地）が市内である者を含む。）で、次の各号の要件のすべてに該当する者とする。

- (1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項の規定による身体障害者手帳（以下「身体障害者手帳」という。）の交付を受けた者、療育手帳制度要綱（昭和48年厚生省発児第156号）第2に規定する療育手帳（以下「療育手帳」という。）の交付を受けた者又は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令（平成18年政令第10号）第1条に規定する特殊の疾病による障害により継続的に日常生活又は社会生活に相当な制限を受けている者（以下「障害者」という。）であって、別表第1の「対象者」欄に掲げる者
- (2) 介護保険法（平成9年法律第123号）により、給付の対象となる用具の貸与又は購入費の支給を受けられない者
- (3) 障害者又その配偶者の、用具の給付のあった月の属する年度（用具の給付のあった月が4月から6月までの間にあつては、前年度）分の地方税法の規定による市町村民税の同法第292条第1項第2号に掲げる所得割の額が46万円未満である者。ただし、当該障害者が18歳未満である場合においては、この限りではない。

(用具の種目等)

第3条 給付の対象となる用具の種目は、別表第1の「品目」欄に掲げる用具とする。

2 市長は、給付した用具について、別表第1に規定する耐用年数が経過しない期間については、当該用具の再給付は行わないものとする。ただし、当該用具が修理不能等により使用することができない場合においては、この限りではない。

(申請)

第4条 用具の給付を受けようとする者（これらの者が18歳未満であるときは、その保護者。以下「申請者」という。）は、日常生活用具給付申請書（様式第1号の1ないし3）に、身体障害者手帳若しくは療育手帳、診断書又は修理不能の場合にあってはそれを証する書類、市長が必要と認める書類を添えて、市長に提出しなければならない。ただし、市長は、当該添付書類により証明すべき事項を公簿等によって確認することができるときは、当該添付書類を省略させることができる。

(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、必要な調査等を行い、日常生活用具調査書（様式第2号）を作成するものとする。この場合において、市長が必要であると認めるときは、対象者の身体状況、経済状況、生活環境等を実地に調査することができる。

2 市長は、前項の規定により調査する場合において、必要があると認めるときは、申請者に対し、報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示を命じ、又は当該職員に質問させることができる。

3 前項の規定による質問を行う場合においては、当該職員は、その身分を証する書類を携帯し、かつ、関係人の請求があるときは、これを提示しなければならない。

4 第1項又は第2項の規定による権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

(決定)

第6条 市長は、前条の調査書に基づき審査をした結果、用具の給付を決定（以下「給付決定」という。）したときは、日常生活用具給付決定通知書（様式第3号）

及び日常生活用具給付券（様式第 4 号。以下「給付券」という。）を交付するものとし、却下することを決定したときは、日常生活用具給付却下通知書（様式第 5 号）により、申請者に通知するものとする。

（業者への委託）

第 7 条 市長は、この事業に係る用具の製作又は販売を委託しようとするときは、当該用具の製作又は販売を行う業者（以下「業者」という。）から日常生活用具給付委託契約申請書（様式第 6 号）を提出させ、その内容を審査し、あらかじめ日常生活用具給付事業に伴う委託契約を締結しなければならない。

2 実際の給付に際して、業者に委託して行うことを決定したときは、当該業者に日常生活用具給付委託通知書（様式第 7 号）を送付するものとする。

（用具の給付）

第 8 条 第 6 条第 1 項の給付決定を受けた者（以下「給付決定対象者」という。）は、業者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 給付決定対象者又はこの者を扶養する者は、給付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。

2 前項の規定により支払うべき額（以下「自己負担額」という。）は、法第 76 条に規定する補装具費の支給の例による。

（業者への支払い）

第 10 条 市長は、用具の給付に要する費用から前条第 2 項の自己負担額を控除した額（以下「公費負担額」という。）について、業者から請求があったときは、請求内容を審査し、速やかに公費負担額を支払うものとする。この場合において、用具の給付に要する費用は、別表第 1 の「基準額」の欄に定める額の範囲内とする。

（給付券の交付の特例）

第 11 条 市長は、申請者の手続きの利便を考慮し、人工鼻等（別表第 1 に規定する用具の種目のうち、在宅療養等支援用具の部に掲げる人工鼻、情報・意思疎通支援用具の部に掲げる人工内耳用電池（ボタン電池）並びに排泄管理支援用具の部に掲げるストーマ装具及び紙おむつ等をいう。第 2 号において同じ。）については、次

のとおり給付券を一括交付することができるものとする。

- (1) 暦月を単位として2箇月ごとに給付券1枚を交付すること。
- (2) 別表第1の基準額（月額）の範囲内で1箇月に必要とする人工鼻等に相当する額の2倍（2箇月分）の額を給付券1枚に記載して交付すること。
- (3) 申請1回につき、6枚（1年分）まで給付券を交付すること。
- (4) 第9条に規定する費用の負担については、給付券1枚に記載された数量に相当する給付額について行うこと。

（日常生活用具給付台帳の整備）

第12条 市長は、用具の給付の状況を明確にするため、日常生活用具給付台帳（様式第8号）を整備するものとする。

（補則）

第13条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。

別表第 1（第 2 条、第 3 条、第 10 条及び第 11 条関係）

| 種 目       | 品 目                           | 対 象 者                                                                | 基準額       | 耐用年数 |
|-----------|-------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------|------|
| 介護・訓練支援用具 | 特殊寝台                          | 下肢若しくは体幹機能障害 2 級以上で学齢児以上の者又は難病患者であって寝たきりの状態にあるもの                     | 154,000 円 | 8    |
|           | 特殊マット（防水マットを含む。）              | 下肢若しくは体幹機能障害 1 級の者で常時介護を要するもの、療育手帳 A 判定の者又は難病患者であって寝たきりの状態にあるもの      | 19,600 円  | 5    |
|           | 防水シート                         | 身体障害 2 級以上の者又は療育手帳 A 判定の者であって、失禁等の理由により寝具類の衛生管理が困難なもの                | 8,000 円   | 1    |
|           | 特殊尿器                          | 下肢若しくは体幹機能障害 1 級の者で常時介護を要するもの又は難病患者であって自力で排尿できないもの                   | 67,000 円  | 5    |
|           | 入浴担架                          | 下肢又は体幹機能障害 2 級以上の者で入浴に当たって、家族等他人の介助を要するもの                            | 82,400 円  | 5    |
|           | 体位変換器                         | 下肢若しくは体幹機能障害 2 級以上の者で下着交換等に当たって、家族等他人の介助を要するもの又は難病患者であって寝たきりの状態にあるもの | 15,000 円  | 5    |
|           | 移動用リフト（エレベーター及び住宅改修に係る部分を除く。） | 下肢若しくは体幹機能障害 2 級以上の者又は難病患者であって下肢若しくは体幹機能に障害のあるもの                     | 159,000 円 | 4    |
|           | 訓練いす                          | 下肢又は体幹機能障害 2 級以上の障害児（18 歳未満の障害者とする。以下同じ。）で原則として 3 歳以上のもの             | 33,100 円  | 5    |
| 自立生活支援用具  | 入浴補助用具（住宅改修を伴うものを除く。）         | 下肢若しくは体幹機能障害の者又は難病患者であって、入浴に介助を必要とするもの                               | 90,000 円  | 5    |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                         |                     |
|---------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 便器<br>(腰掛式便座、補高便座又は移動式便器であって、住宅改修を伴うものを除く。) | 下肢若しくは体幹機能障害２級以上の者又は難病患者であって常時介護を要するもの。ただし、紙おむつの給付を受けている者を除く。                                                                                                                                                                                                | 4,450 円<br><br>手すり付<br>5,400 円                                                          | 8                   |
| 頭部保護帽                                       | <p>下肢、体幹若しくは平衡機能障害の者であって起立・歩行時に頻繁に転倒するもの、療育手帳Ａ判定の者でてんかんの発作等により頻繁に転倒するもの又は難病患者であって下肢、体幹、平衡機能障害若しくはてんかんの発作等により頻繁に転倒するもの</p> <p>A. スポンジ、革を主材料に製作（レディメイド）<br/>B. スポンジ、革、プラスチックを主材料に製作（ 〃 ）</p> <p>A. スポンジ、革を主材料に製作（オーダーメイド）<br/>B. スポンジ、革、プラスチックを主材料に製作（ 〃 ）</p> | <p>A<br/>12,160 円</p> <p>B<br/>29,400 円</p> <p>A<br/>15,200 円</p> <p>B<br/>36,750 円</p> | 3                   |
| T字状・棒状のつえ                                   | 下肢、体幹又は平衡機能障害の者若しくは難病患者であって、歩行障害があり、支持が必要なもの                                                                                                                                                                                                                 | 木材<br>2,200 円<br>軽金属<br>3,000 円                                                         | 3                   |
| 移動・移乗支援用具<br>(住宅改修を伴うものを除く。)                | 平衡、下肢若しくは体幹機能障害の者であって、家庭内の移動等において介助を必要とするもの又は難病患者であって下肢が不自由なもの                                                                                                                                                                                               | 60,000 円                                                                                | 8                   |
| 特殊便器<br>(洗浄機能付便器)                           | 上肢障害２級以上の者又は難病患者であって上肢機能に障害のあるもの。ただし、紙おむつの給付を受けている者を除く。                                                                                                                                                                                                      | ポータブル便器<br>151,200 円                                                                    | 8                   |
|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                              | 便器<br>151,200 円                                                                         | 8<br>(取替えにあたり住宅改修を伴 |

|           |                                                       |                                                                          |                                |                              |
|-----------|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
|           |                                                       |                                                                          |                                | うものは、住宅改修費と同時に申請が認められる場合のみ可) |
|           | 火災警報機                                                 | 障害等級 2 級以上の者                                                             | 15,500 円                       | 8                            |
|           | 自動消火器                                                 | 障害等級 2 級以上の者又は難病患者                                                       | 28,700 円                       | 8                            |
|           | 電磁調理器<br>(コンロ式のものに限る。)                                | 視覚障害 2 級以上の者又は療育手帳 A 判定の者で 18 歳以上のもの                                     | 41,000 円                       | 6                            |
|           | 歩行時間延長信号機用小型送信機                                       | 視覚障害 2 級以上の者                                                             | 12,000 円                       | 10                           |
|           | 聴覚障害者用屋内信号装置<br>(サウンドマスター、聴覚障害者用目覚時計、聴覚障害者用屋内信号灯を含む。) | 聴覚障害 2 級以上の者                                                             | 87,400 円                       | 10                           |
| 在宅療養等支援用具 | 透析液加温器                                                | 腎臓機能障害 3 級以上の者で自己連続携行式腹膜灌流式法 (CAPD) による透析療法を行うもの                         | 51,500 円                       | 5                            |
|           | ネブライザー (吸入器)                                          | 喉頭摘出者若しくは呼吸器機能障害 3 級以上若しくは同程度の身体障害者であって必要と認められるもの又は難病患者であって呼吸器機能に障害のあるもの | 36,000 円<br>※電気式たん吸引器との両用器について | 5                            |

|                         |                                                       |                                                                             |                                                                            |             |
|-------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------|
|                         |                                                       |                                                                             | は、72,500 円<br>電気式たん吸<br>引器との重複<br>不可                                       |             |
|                         | 電気式たん<br>吸引器                                          | 呼吸器機能障害 3 級以上若しくは同<br>程度の身体障害者であって必要と認<br>められるもの又は難病患者であって<br>呼吸器機能に障害のあるもの | 56,400 円<br><br>※ネブライザ<br>ーとの両用器<br>については、<br>72,500 円<br>ネブライザー<br>との重複不可 | 5           |
|                         | 人工鼻<br>(シール等<br>人工鼻装着<br>のために必<br>要な用品を<br>含む。)       | 喉頭摘出者で、永久気管孔により呼<br>吸を行っている者のうち医療保険等<br>による給付を受けることができない<br>もの              | (1 箇月)<br>24,200 円                                                         | —           |
|                         | 酸素ボンベ<br>運搬車                                          | 医療保険における在宅酸素療法を行<br>う者                                                      | 17,000 円                                                                   | 10          |
|                         | 音声体温計                                                 | 視覚障害 2 級以上の者                                                                | 9,000 円                                                                    | 5           |
|                         | 音声体重計                                                 | 視覚障害 2 級以上の者                                                                | 18,000 円                                                                   | 5           |
|                         | 音声血圧計                                                 | 視覚障害 2 級以上の者                                                                | 15,000 円                                                                   | 5           |
|                         | 動脈血中酸<br>素飽和度測<br>定器 (パル<br>スオキシメ<br>ーター)             | 呼吸器機能障害 3 級以上若しくは同<br>程度の身体障害者又は難病患者であ<br>って、必要と認められるもの                     | 157,500 円                                                                  | 4           |
|                         | 人 工 呼 吸<br>器 ・ 電 気 式<br>たん吸引器<br>用自家発電<br>機又は蓄電<br>池等 | 在宅で人工呼吸器又は電気式たん吸<br>引器を使用している者。<br>自家発電機又は蓄電池等のうちいず<br>れか 1 品目とする。          | 自家発電機<br>100,000 円<br><br>蓄電池等<br>50,000 円                                 | 10<br><br>5 |
| 情報・<br>意思疎<br>通支援<br>用具 | 携帯用会話<br>補助装置                                         | 音声機能若しくは言語機能障害者又<br>は肢体不自由者であって、発声・発<br>語に著しい障害を有するもの                       | 98,800 円                                                                   | 5           |
|                         | 情報・通信<br>支援用具                                         | 上肢機能障害又は視覚障害 2 級以上<br>の者                                                    | 100,000 円                                                                  | 5           |
|                         | 地デジ対応<br>ラジオ                                          | 視覚障害 2 級以上の者                                                                | 29,000 円                                                                   | 5           |

|                                  |                                                            |                                        |    |
|----------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----|
| 点字ディスプレイ                         | 視覚障害２級以上の者                                                 | 383,500 円                              | 6  |
| 点字器                              | 視覚障害者                                                      | 10,400 円                               | 5  |
| 点字タイプライター                        | 視覚障害２級以上の者で、就学しているもの又は就労が見込まれるもの                           | 63,100 円                               | 5  |
| 視覚障害者用ポータブルレコーダー                 | 視覚障害２級以上の者                                                 | 録音再生機<br>85,000 円<br>再生専用機<br>48,000 円 | 6  |
| 視覚障害者用活字文書読上げ装置                  | 視覚障害２級以上の者                                                 | 99,800 円                               | 6  |
| 音声ＩＣタグレコーダー                      | 視覚障害２級以上の者                                                 | 39,900 円                               | 6  |
| 視覚障害者用拡大読書器<br>(音声読書器を含む。)       | 視覚障害者であって本装置により文字を読むことが可能になるもの                             | 198,000 円                              | 8  |
| 視覚障害者用時計                         | 視覚障害２級以上の者                                                 | 触読<br>10,300 円<br>音声<br>13,300 円       | 10 |
| 聴覚障害者用通信装置                       | 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 | 40,000 円                               | 5  |
| 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・ラジオの視聴が可能になるもの                          | テレビ<br>88,900 円<br>ラジオ<br>20,000 円     | 6  |
| 人工喉頭                             | 喉頭摘出者又は発声・発語に著しい障害を有する者                                    | 笛式<br>5,000 円                          | 4  |
|                                  |                                                            | 電動式<br>70,100 円                        | 5  |
| 点字図書<br>(点字毎日、大活字図書及びデイジー図書を含む。) | 主に情報の入手を点字によっている視覚障害者<br>(年間６タイトル又は２４巻を限度とする。)             | 福祉事務所長が必要と認めた額                         | —  |

|                  |                                               |                                                                                                                                  |                                                           |   |
|------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|---|
|                  | 人工内耳体<br>外部装置<br>(スピーチ<br>プロセッ<br>サ)          | 現に人工内耳を装用している聴覚障<br>害者(児)であって、医療機関によ<br>り医療保険等の給付制度を利用して<br>本装置の買い替えができないと判断<br>されたもの。(本人の故意、過失に<br>よる破損、代替品の購入を理由とす<br>る場合を除く。) | 200,000 円<br><br>※両耳の場合<br>は 400,000 円<br>とする。            | 5 |
|                  | 人工内耳用<br>電池                                   | 現に人工内耳を装用している聴覚障<br>害者(児)<br>ボタン電池又は充電電池及び充電器の<br>うちいずれか 1 品目とする。                                                                | ボタン電池<br>(1 箇月)<br>2,500 円<br>※両耳の場合<br>は 5,000 円と<br>する。 | — |
|                  |                                               |                                                                                                                                  | 充電電池及び充<br>電器<br>30,000 円<br>※両耳の場合<br>は 60,000 円<br>とする。 | 3 |
| 排泄管<br>理支援<br>用具 | ストーマ装<br>具<br>(別表第 2<br>に掲げる衛<br>生用品を含<br>む。) | 小腸若しくは直腸機能障害又はぼう<br>こう機能障害のあるストーマ造設者<br>又は腎瘻若しくは膀胱瘻により尿を<br>排泄する者(この場合において、腎<br>瘻又は膀胱瘻により尿を排泄する者<br>は尿路系を給付するものとする。)             | 消化器系<br>(1 箇月)<br>11,000 円<br>尿路系<br>(1 箇月)<br>13,000 円   | — |
|                  | 紙おむつ等<br>(紙おむつ、<br>サラシ、ガ<br>ーゼ等衛生<br>用品)      | 高度の排便機能障害の者                                                                                                                      | (1 箇月)<br>12,000 円                                        | — |
|                  |                                               | 二分脊椎症により直腸機能障害及び<br>ぼうこう機能障害のある者                                                                                                 | (1 箇月)<br>24,000 円                                        | — |
|                  |                                               | 脳原性運動機能障害で意思表示困難<br>な 3 歳以上の者                                                                                                    | (1 箇月)<br>12,000 円                                        | — |
|                  | 収尿器                                           | 高度の排尿機能障害者<br>男性用<br>A. 普通型<br><br>B. 簡易型                                                                                        | A<br><br>7,700 円<br>B<br><br>5,700 円                      | 1 |
|                  |                                               | 女性用<br>A. 普通型<br><br>B. 簡易型                                                                                                      | A<br><br>8,500 円<br>B<br><br>5,900 円                      |   |

|       |            |                                                                                                                                      |           |   |
|-------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|
| 住宅改修費 | 居宅生活動作補助用具 | 下肢若しくは体幹機能の障害若しくは乳幼児期以前の非進行性の脳病変による運動機能障害（移動機能障害に限る。）を有する者であって障害等級３級以上のもの（ただし、特殊便器への取替えをする場合は上肢障害２級以上の者）又は難病患者であって下肢若しくは体幹機能に障害のあるもの | 200,000 円 | — |
|-------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|---|

（注）

- 1 情報・通信支援用具とは、障害者向けのパーソナルコンピュータ周辺機器や、アプリケーションソフト等をいう。
- 2 高度の排便機能障害の者とは、ストーマの著しい変形もしくはストーマ周辺の著しい皮膚のびらんのため、ストーマ用装具を装着できない者、先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する者、又は難病患者であって排便機能障害があると医師が診断した者をいう。
- 3 脳原性運動機能障害の場合は、表中の上肢・下肢又は体幹機能障害に準じて取り扱うものとする。
- 4 人工鼻とは、声帯の代わりとなり、発声が可能となる機器をいう。
- 5 自家発電機とは、障害者又は介助者が容易に使用可能なガソリン又はガスボンベ等で作動する正弦波インバーター発電機をいう。
- 6 蓄電池等とは、障害者又は介助者が容易に使用及び運搬可能な蓄電機能を有する正弦波交流出力の電源装置をいう。

別表第2 衛生用品一覧表

- 1 皮膚保護ペースト／皮膚保護パテ
- 2 皮膚保護パウダー
- 3 皮膚保護ウエハー
- 4 固定用ベルト
- 5 サージカルテープ
- 6 コンベックス・インサート（密着型）
- 7 剥離剤（リムーバー）
- 8 皮膚皮膜剤（スキンバリア）
- 9 レッグバッグ（下肢装着用蓄尿袋）
- 10 ナイト・ドレナージバッグ（夜間用蓄尿袋）
- 11 パウチカバー
- 12 皮膚保護剤穴あけ専用はさみ
- 13 消臭剤（パウチの中に入れて使用）
- 14 ストーマ用洗浄用品
- 15 洗腸装具（ストーマと併用する場合）
- 16 高分子凝固剤（パウチの中に入れて使用）
- 17 入浴用パウチ（入浴用パッド）
- 18 排泄後の処置用品（ガーゼ、洗浄綿、滅菌綿棒）
- 19 その他皮膚の保護・排泄物の漏れ防止・皮膚への装着密着などのために使用する用品

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 18 年 10 月 1 日から施行する。  
(加古川市重度身体障害者（児）住宅改修費給付事業実施要綱の廃止)
- 2 加古川市重度身体障害者（児）住宅改修費給付事業実施要綱（平成 12 年 4 月 1 日福祉保健部長決定）は、廃止する。

附 則

この要綱は、平成 19 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 25 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日等)

- 1 この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 この要綱による改正後の第 3 条の規定は、平成 26 年 4 月 1 日以後に申請のあった用具から適用する。

附 則

この要綱は、平成 27 年 2 月 6 日から施行し、平成 27 年 1 月 1 日から適用する。

附 則

この要綱は、平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。  
(経過措置)
- 2 この要綱の施行の日前に提出された改正前の加古川市日常生活用具給付事業実施要綱第 4 条の規定による申請に係る日常生活用具の給付については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の日前に提出された改正前の加古川市日常生活用具給付事業実施要綱第 4 条の規定による申請に係る日常生活用具の給付については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の別表第 1 の規定は、この要綱の施行の日以後に提出された申請に係る日常生活用具の給付について適用し、同日前に提出された申請に係る日常生活用具の給付については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 2 年 4 月 1 日から施行する。ただし、第 11 条の改正規定は、令和 2 年 7 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の加古川市日常生活用具給付事業実施要綱の規定は、この要綱の施行の日以後に提出された申請に係る日常生活用具の給付について適用し、同日前に提出された申請に係る日常生活用具の給付については、なお従前の例による。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱の施行の際、この要綱による改正前の加古川市日常生活用具給付事業実

施要綱様式第 1 号の 1 から様式第 2 号まで及び様式第 4 号で現に残存するものは、  
所要の修正を加え、なお使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 本要綱の施行の際、改正前の様式第 1 号から様式第 3 号で現に残存するものは、  
所要の修正を加え、なお使用することができることとする。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の加古川市日常生活用具給付事業実施要綱の規定は、この  
要綱の施行の日以後に提出された申請に係る日常生活用具の給付について適用し、  
同日前に提出された申請に係る日常生活用具の給付については、なお従前の例によ  
る。

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和 8 年 4 月 1 日から施行する。

(経過措置)

- 2 この要綱による改正後の加古川市日常生活用具給付事業実施要綱の規定は、令和  
8 年 7 月 1 日以後に提出された申請に係る日常生活用具の給付について適用し、同  
日前に提出された申請に係る日常生活用具の給付については、なお従前の例による。

日常生活用具給付申請書

年 月 日

加古川市長 様

住所  
申請者 氏名 \_\_\_\_\_  
個人番号 \_\_\_\_\_  
電話 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

下記により日常生活用具の給付を申請します。申請にあたり、市が私及びその世帯員の住民基本台帳、課税状況、障害福祉サービスの申請資料等を調査することに同意します。

|                                   |                     |                    |              |             |     |  |
|-----------------------------------|---------------------|--------------------|--------------|-------------|-----|--|
| 対象者(児)                            | ふりがな                |                    |              | 個人番号        |     |  |
|                                   | 氏 名                 |                    |              | 生年月日        |     |  |
|                                   | 住 所                 |                    |              |             |     |  |
|                                   | 身 体 障 害 者           | 手 帳 番 号<br>／ 交 付 日 |              |             |     |  |
|                                   |                     | 障 害 名              |              |             | 等 級 |  |
|                                   | 知 的 障 害 者           | 手 帳 番 号<br>／ 交 付 日 |              |             |     |  |
|                                   |                     | 判 定                |              | 次 回 判 定     |     |  |
|                                   | 難 病 患 者 等           | 疾 病 名              |              |             |     |  |
|                                   |                     | 公費負担医療<br>の受給者番号   |              |             |     |  |
|                                   | 給 付 を 受 け た い 用 具 名 |                    |              |             |     |  |
| 希 望 業 者 名                         |                     |                    |              |             |     |  |
| 本 人 の 状 況                         |                     |                    |              |             |     |  |
| 月 額 負 担 上 限 額 認 定 区 分<br>(対象期間： ) |                     | ・ 生活保護世帯 円         | ・ 市民税非課税世帯 円 | ・ 市民税課税世帯 円 |     |  |
|                                   |                     |                    |              |             |     |  |
| 前 回 の 給 付                         |                     |                    |              |             |     |  |
| 備 考                               |                     |                    |              |             |     |  |

給付決定番号

## 扶養対象児童申告書

申告対象

年12月31日現在における、0歳から15歳までの扶養対象児童及び16歳から18歳までの扶養対象児童（ 年中の合計所得が38万円以下の児童に限る。）

| 0～15歳の扶養対象児童  |         |              |         |
|---------------|---------|--------------|---------|
| ふりがな<br>氏 名   | 生 年 月 日 | 同居・別居<br>の区別 | 扶 養 者   |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
| 16～18歳の扶養対象児童 |         |              |         |
| ふりがな<br>氏 名   | 生 年 月 日 | 同居・別居<br>の区別 | 扶 養 者   |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |
|               | 年 月 日   | 同居・別居        | 父・母・（ ） |

日常生活用具給付申請書（排泄管理支援用具）

年 月 日

加古川市長 様

住所  
申請者 氏名  
個人番号  
電話 — — 続柄

下記により日常生活用具の給付を申請します。申請にあたり、市が私及びその世帯員の住民基本台帳、課税状況、障害福祉サービスの申請資料等を調査することに同意します。

|                                       |           |                                              |         |              |     |             |
|---------------------------------------|-----------|----------------------------------------------|---------|--------------|-----|-------------|
| 対象者（児）                                | ふりがな      |                                              |         | 個人番号         |     |             |
|                                       | 氏 名       |                                              |         | 生年月日         |     |             |
|                                       | 住 所       |                                              |         |              |     |             |
|                                       | 身 体 障 害 者 | 手 帳 番 号<br>／ 交 付 日                           |         |              |     |             |
|                                       |           | 障 害 名                                        |         |              | 等 級 | 級           |
|                                       | 知 的 障 害 者 | 手 帳 番 号<br>／ 交 付 日                           |         |              |     |             |
| 判 定                                   |           |                                              | 次 回 判 定 |              |     |             |
| 給 付 を 受 け た い 名<br>用 具                |           | ・ ストーマ装具（ 消化器系 ・ 尿路系 ・ 消化器系及び尿路系 ）<br>・ 紙おむつ |         |              |     |             |
|                                       |           | 月 ～ 月（ ヶ月分）                                  |         | ・ 新 規 ・ 継 続  |     |             |
| 希 望 業 者 名                             |           |                                              |         |              |     |             |
| 本 人 の 状 況                             |           |                                              |         |              |     |             |
| 月 額 負 担 上 限 額 分<br>認 定 区 分<br>(対象期間：) |           | ・ 生活保護世帯 円                                   |         | ・ 市民税非課税世帯 円 |     | ・ 市民税課税世帯 円 |
|                                       |           |                                              |         |              |     |             |
| 備 考                                   |           |                                              |         |              |     |             |

給付決定番号

## 扶養対象児童申告書

申告対象

年12月31日現在における、0歳から15歳までの扶養対象児童及び16歳から18歳までの扶養対象児童（ 年中の合計所得が38万円以下の児童に限る。）

| 0～15歳の扶養対象児童  |             |              |            |
|---------------|-------------|--------------|------------|
| ふりがな<br>氏 名   | 生 年 月 日     | 同居・別居<br>の区別 | 扶 養 者      |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
| 16～18歳の扶養対象児童 |             |              |            |
| ふりがな<br>氏 名   | 生 年 月 日     | 同居・別居<br>の区別 | 扶 養 者      |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |
|               | 年    月    日 | 同居・別居        | 父・母・（    ） |

日常生活用具給付申請書（居宅生活動作補助用具）

年 月 日

加古川市長 様

住所  
申請者 氏名  
個人番号  
電話 — — 続柄

下記により日常生活用具の給付を申請します。申請にあたり、市が私及びその世帯員の住民基本台帳、課税状況、障害福祉サービスの申請資料等を調査することに同意します。

|                                      |              |                    |  |             |     |            |
|--------------------------------------|--------------|--------------------|--|-------------|-----|------------|
| 対象者（児）                               | ふりがな         |                    |  | 個人番号        |     |            |
|                                      | 氏 名          |                    |  | 生年月日        |     |            |
|                                      | 住 所          |                    |  |             |     |            |
|                                      | 身 体<br>障 害 者 | 手 帳 番 号<br>／ 交 付 日 |  |             |     |            |
|                                      |              | 障 害 名              |  |             | 等 級 |            |
|                                      | 難 病<br>患 者 等 | 疾 病 名              |  |             |     |            |
| 公費負担医療<br>の受給者番号                     |              |                    |  |             |     |            |
| 補 修 内 容                              |              |                    |  |             |     |            |
| 希 望 業 者 名                            |              |                    |  |             |     |            |
| 本 人 の 状 況                            |              |                    |  |             |     |            |
| 住 ま い の 状 況                          |              | 住 宅                |  |             | 便 器 |            |
| 月 額 負 担 上 限 額<br>認 定 区 分<br>(対象期間： ) |              | ・生活保護世帯 円          |  | ・市民税非課税世帯 円 |     | ・市民税課税世帯 円 |
|                                      |              |                    |  |             |     |            |
| 備 考                                  |              |                    |  |             |     |            |

給付決定番号

## 扶養対象児童申告書

申告対象

年12月31日現在における、0歳から15歳までの扶養対象児童及び16歳から18歳までの扶養対象児童（ 年中の合計所得が38万円以下の児童に限る。）

| 0～15歳の扶養対象児童  |                 |              |              |
|---------------|-----------------|--------------|--------------|
| ふりがな<br>氏 名   | 生 年 月 日         | 同居・別居<br>の区別 | 扶 養 者        |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
| 16～18歳の扶養対象児童 |                 |              |              |
| ふりがな<br>氏 名   | 生 年 月 日         | 同居・別居<br>の区別 | 扶 養 者        |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |
|               | 年      月      日 | 同居・別居        | 父・母・（      ） |

日常生活用具調査書

|         |       |     |       |          |         |       |    |  |  |
|---------|-------|-----|-------|----------|---------|-------|----|--|--|
| 申請年月日   |       |     |       |          | 申請者氏名   |       |    |  |  |
| 対象者     | 住所    |     |       |          |         |       |    |  |  |
|         | 氏名    |     |       |          |         |       |    |  |  |
|         | 生年月日  |     |       |          |         | 電話    |    |  |  |
|         | 手帳番号  |     |       | 等級       |         |       | 療育 |  |  |
|         | 手帳障害名 |     |       |          |         |       |    |  |  |
| 世帯員の状況  | 氏名    | 年齢  | 続柄    | 課税区分     | 市民税所得割額 | 備考    |    |  |  |
|         |       |     |       |          |         |       |    |  |  |
|         | 非課税世帯 |     |       |          |         |       |    |  |  |
|         | 氏名    | 所得  | 公的年金等 | 手当       | 合計      |       |    |  |  |
|         |       |     |       |          |         |       |    |  |  |
| 世帯区分    |       |     |       |          |         |       |    |  |  |
| 用具名称    |       |     |       |          |         |       |    |  |  |
| 基準額     |       | 見積額 |       | 利用者負担額   |         | 公費負担額 |    |  |  |
|         |       |     |       |          |         |       |    |  |  |
| 月額負担上限額 |       |     |       | 超過利用者負担額 |         |       |    |  |  |
|         |       |     |       |          |         |       |    |  |  |

上記のとおり確認しました。

年 月 日

調査員氏名

第 号  
年 月 日

日常生活用具給付決定通知書

加古川市長



様

標記のことについて、次のとおり決定しましたので通知します。

|                          |       |          |           |       |  |
|--------------------------|-------|----------|-----------|-------|--|
| 対象者                      | 住 所   |          |           |       |  |
|                          | 氏 名   |          |           |       |  |
|                          | 生年月日  |          |           | 電 話   |  |
| 給 付 券 番 号                |       |          | 給付決定日     |       |  |
| 決 定 内 容                  |       |          |           |       |  |
| 用 日<br>具 常<br>業 生<br>者 活 | 名 称   |          |           |       |  |
|                          | 所 在 地 |          |           |       |  |
|                          | 電 話   |          | F A X 番 号 |       |  |
| 基 準 額                    |       | 見 積 額    | 利用者負担額    | 公費負担額 |  |
|                          |       |          |           |       |  |
| 月 額 負 担 上 限 額            |       | 超過利用者負担額 |           |       |  |
|                          |       |          |           |       |  |
|                          |       |          |           |       |  |

## 日常生活用具給付券

|                                 |     |       |  |           |  |       |  |
|---------------------------------|-----|-------|--|-----------|--|-------|--|
| 給付券番号                           |     |       |  | 給付決定日     |  |       |  |
| 氏 名                             |     |       |  | 生 年 月 日   |  |       |  |
| 住 所                             |     |       |  |           |  |       |  |
| 保護者氏名                           |     |       |  |           |  |       |  |
| 日常生活用具の名称                       |     |       |  |           |  |       |  |
| 用 日<br>具 常<br>業 生<br>者 活        | 名 称 |       |  |           |  |       |  |
|                                 | 所在地 |       |  |           |  |       |  |
|                                 | 電 話 |       |  | F A X 番 号 |  |       |  |
| 基 準 額                           |     | 見 積 額 |  | 利用者負担額    |  | 公費負担額 |  |
|                                 |     |       |  |           |  |       |  |
| 月 額 負 担 上 限 額                   |     |       |  | 超過利用者負担額  |  |       |  |
|                                 |     |       |  |           |  |       |  |
| 上記のとおり決定する。<br>年 月 日<br>加古川市長 印 |     |       |  |           |  |       |  |

|          |  |                            |  |                      |  |
|----------|--|----------------------------|--|----------------------|--|
| この券の有効期間 |  | 受給者が業者に提示する期限<br>年 月 日     |  | 業者の公費支払請求期限<br>年 月 日 |  |
| 業者の納付した日 |  | 給付を受けた者または<br>扶養する者より受領した額 |  | 受領業者名及び年月日           |  |
| 年 月 日    |  |                            |  | 年 月 日                |  |
| 用具受領者氏名  |  |                            |  |                      |  |
| 備 考      |  |                            |  |                      |  |

第 号  
年 月 日

## 日常生活用具給付却下通知書

加古川市長

印

様

年 月 日付の日常生活用具の給付申請については、下記の理由により却下することに決定しましたので通知します。

記

1 申請事項

2 却下の理由

様式第6号（第7条関係）

日常生活用具給付委託契約申請書

年 月 日

加古川市長様

日常生活用具の給付に関する委託契約を申請します。

申請者 所在地

商号又は名称

代表者 役職氏名

電話 ( )

FAX ( )

|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|--------------------|------------|--|--------|--|--|--|--|--|
| 営 業 年 数            |            |  |        |  |  |  |  |  |
| 業 務 内 容            |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
|                    |            |  |        |  |  |  |  |  |
| 従 業 員 数            |            |  |        |  |  |  |  |  |
| 主 要 取 引<br>自 治 体 名 |            |  |        |  |  |  |  |  |
| 振 込 銀 行 口 座        | 銀行・信用金庫    |  |        |  |  |  |  |  |
|                    | 農協・信用組合 支店 |  |        |  |  |  |  |  |
|                    | 普 通 ・ 当 座  |  |        |  |  |  |  |  |
|                    | 口座番号       |  |        |  |  |  |  |  |
| 備 考<br>(参考資料等)     | 口座名義       |  | (フリガナ) |  |  |  |  |  |

第 号  
年 月 日

日常生活用具給付委託通知書

加古川市長 印

御中

下記のとおり決定しましたので、給付券の提示があれば、用具を納入してください。

|                          |       |       |  |          |  |         |  |
|--------------------------|-------|-------|--|----------|--|---------|--|
| 給付券番号                    |       |       |  | 給付決定日    |  |         |  |
| 氏 名                      |       |       |  | 生 年 月 日  |  |         |  |
| 住 所                      |       |       |  |          |  |         |  |
| 童 本人<br>の 人が<br>場 児<br>合 | 保護者氏名 |       |  |          |  |         |  |
|                          | 保護者住所 |       |  |          |  |         |  |
| 決 定 内 容                  |       |       |  |          |  |         |  |
| 基 準 額                    |       | 見 積 額 |  | 利用者負担額   |  | 公費負担額   |  |
|                          |       |       |  |          |  |         |  |
| 月 額 負 担 上 限 額            |       |       |  | 超過利用者負担額 |  | 支 払 期 日 |  |
|                          |       |       |  |          |  |         |  |
| 備考                       |       |       |  |          |  |         |  |

様式第8号（第12条関係）

日常生活用具給付台帳

[illegible]