

阿賀野市告示第62号

阿賀野市障害児・者紙おむつ等購入費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定める。

令和6年3月27日

阿賀野市長 田中清善

阿賀野市障害児・者紙おむつ等購入費助成事業実施要綱の一部を改正する要綱
阿賀野市障害児・者紙おむつ等購入費助成事業実施要綱（令和2年阿賀野市告示第36号）の一部を次のように改正する。

第2条第5号中「65歳の誕生日」を「資格を喪失した日の属する月」に改め、同条に次の1項を加える。

2 前項の規定にかかわらず、64歳までに本事業の認定を受けた者は、65歳到達以降も継続して助成を受けられるものとする。

第4条第3項ただし書中「世帯の市町村民税所得割額の合計が20万円」を「助成対象者及びその属する世帯の他の世帯員のうちいずれかの者について、市町村民税所得割額が46万円」に改める。

第7条第1項中第1号を削り、第2号を第1号とし、第3号から第6号までを1号ずつ繰り上げる。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式（第3条関係）

障害児・者紙おむつ等購入費助成申請書(新規・再申請)

年 月 日

阿賀野市長 様

申請者 住 所
氏 名
(対象者から見た関係)
電話番号

次により、障害児・者紙おむつ等購入費の助成を申請します。

なお、助成認定審査のため、貴職が私の世帯の課税状況及び対象者の心身状況を調査し、資格喪失までの間、確認することに同意します。

| | | | | | | |
|------------------|-------------------------|-----------|---------------|----------------------|---------------|--|
| 対 象 者 | 住 所 | 〒 阿賀野市 | | | 電 話 番 号 | |
| | 氏 名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | |
| 備 考 | | | | | | |
| 世帯の状況 (本人を含む) | 氏 名 | 年 齢 | 対象者から 見た関係 | 市町村民税課税状況 (担当課記入) | | |
| | | | 対象者本人 | 所得割税額 | 均等割税額 | |
| | | | | 円 | 円 | |
| | | | | 円 | 円 | |
| | | | | 円 | 円 | |
| | | | | 円 | 円 | |
| | | | | 円 | 円 | |
| | | | | 円 | 円 | |
| | | | | 円 | 円 | |
| | | | | 円 | 円 | |
| ※審査結果 (担当課記入) | 年 月 日認定・不認定 (年 月分より助成) | | | | | |

助成券送付先（上記住所と異なる場合に記入）

〒：
住所：
氏名：

第3号様式を次のように改める。

第3号様式（第4条関係）

障害児・者紙おむつ等購入費助成決定（却下）通知書

年 月 日

様

阿賀野市長

印

先に申請のありました障害児・者紙おむつ等購入費助成について、次のとおり決定（却下）したので通知します。

| | | |
|---|---|-----------|
| 対 象 者 | 住 所 | 〒 阿賀野市 |
| | 氏 名 | |
| 助 成 開 始 | 年 月 から助成します。 (助成券は4月、8月、12月の年3回交付いたします。) | |
| (助成券の利用について) | | |
| ①助成券は、上記の助成対象者が使用する紙おむつ等を購入する際に1枚につき <u>500円</u> 助成します。 | | |
| ②助成券の交付は、申請のあった月の翌月から受給資格を喪失した日の属する月 までとします。 | | |
| ③助成券は、市が指定した業者に限り使用できます。 | | |
| ④助成券は、助成券に記載してある有効期間以外には使用できません。 | | |
| ⑤助成対象者が施設入所及び転出又は死亡したときは、速やかに市長に届け出て、 未使用の助成券を返還してください。 | | |
| ⑥この助成券を上記対象者以外の者が使用することや、他の者に譲渡又は転売する ことはできません。 | | |
| ⑦上記③～⑥に違反した場合は、助成券及び助成額の返還を求めることがあります。 | | |
| ※ 助成対象となる介護用品は、紙おむつ、尿取りパッド、使い捨て手袋、ドライシャ ンプー、清拭剤及び介護用シートです。 | | |

(却下に関する事項)

| | |
|---------|--|
| 却 下 理 由 | |
|---------|--|

第5号様式及び第6号様式を次のように改める。

第5号様式（第6条関係）

（表面）

| | |
|--------------------|-------------------|
| 年度 第 号 | |
| 障害児・者紙おむつ等購入費助成券 | |
| 助 成 金 額 | 5 0 0 円 |
| 有 効 期 間 | 年 月 日から |
| | 年 月 日まで |
| 発行者 阿賀野市長 | |
| 印 | |
| ※ 市長の職印の無いものは無効です。 | |

（裏面）

| |
|--|
| <p>〈注意〉</p> <ul style="list-style-type: none">・助成券は、市が認めた協定業者以外では、利用できません。・助成券は、紙おむつ、尿取りパッド、使い捨て手袋、ドライシャンプー、清拭剤、介護用シーツの購入以外には使用できません。・本券と現金の引換えはできません。（差額の返金も行いません。）・助成券は、表面の有効期間内に使用してください。・助成対象者が施設入所及び転出又は死亡したときは、速やかにこの助成券を返還してください。 |
|--|

第6号様式（第7条関係）

障害児・者紙おむつ等購入費助成資格喪失届

年 月 日

阿賀野市長 様

届出者 住所

氏名

対象者から見た関係（ ）

阿賀野市障害児・者紙おむつ等購入費助成事業実施要綱第7条の規定により、資格を喪失したので届出します。

| | |
|---------|--|
| 対象者氏名 | |
| 対象者住所 | 〒 阿賀野市 |
| 資格喪失の理由 | <p>1 対象者が市外に転出したため。</p> <p>2 対象者が死亡したため。</p> <p>3 対象者が施設に入所したため。 (入所開始日 年 月 日) (入所施設名)</p> <p>4 対象者の短期入所が3か月を超えたため。 (利用開始日 年 月 日) (利用施設名)</p> <p>5 身体機能の回復等により紙おむつ等が必要なくなったため。</p> <p>6 その他 (具体的理由：)</p> |
| 喪失の年月日 | 年 月 日 |

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。