

阿賀野市告示第70号

阿賀野市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29日

阿賀野市長 田 中 清 善

阿賀野市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

阿賀野市紙おむつ等購入費助成事業実施要綱（平成16年阿賀野市告示第33号）の一部を次のように改正する。

第2条各号列記以外の部分中「次の各号」を「市町村民税が非課税で、かつ、世帯の市町村民税所得割額の合計額が20万円以下の次の各号」に改め、同条第1号中「要介護1以上の認定を受けた者で、寝たきり又は認知症により他人の介護がなくては排泄等ができない状態であると認められる者」を「要介護4以上の認定を受けた者」に改め、同条第2号中「第3号様式」を「第2号様式」に改め、同条第3号を削り、同条第4号を同条第3号に改める。

第4条第1項中「紙おむつ等購入費助成決定（却下）通知書（第3号様式）」を「紙おむつ等購入費助成決定通知書（第3号様式）又は紙おむつ等購入費助成却下通知書（第4号様式）」に改め、同項に次のただし書を加える。

ただし、第2条第1号の規定に該当する者については、調査票（第2号様式）の提出を省略することができるものとする。

第4条第2項ただし書を削る。

第6条第1項中第4号を第5号とし、第3号の次に次の1号を加える。

（4）世帯の当該年度の市町村民税所得割額の合計額が20万円を超えたとき。

第1号様式を次のように改める。

第1号様式(第3条関係)

紙おむつ等購入費助成申請書(新規・再申請)

対象者	氏名		男・女	生年月日	年 月 日	生(歳)
	住所	阿賀野市		電話番号	—	
	区分	<input type="checkbox"/> 介護度なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 ※該当するところに✓を付けてください。				
	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	市町村区税課税状況 (担当課記入)		
			対象者本人	均等割税額	所得割税額	
				円	円	
				円	円	
				円	円	
				円	円	
助成券送付先 (✓を付けてください)	<input type="checkbox"/> 対象者住所に送付 <input type="checkbox"/> 異なる住所に送付	※異なる住所を記入してください (〒 -) 住所： 氏名： 電話番号：				
阿賀野市長 様 上記のとおり、紙おむつ等購入費の助成を申請します。 なお、助成認定のため、貴職が世帯の課税状況並びに介護認定状況を資格喪失までの間、調査すること及び、再調査等に際し居宅サービス事業者若しくは介護保険施設などの関係者に申請情報を提示することに同意します。 年 月 日 住所 阿賀野市 申請者 (対象者)氏名 住所 (代理人)氏名						
※担当者記入	年 月 日 認定・却下 (年 月分より助成)					

第3号様式を次のように改める。

第3号様式（第4条関係）

紙おむつ等購入費助成決定通知書

年 月 日

様

阿賀野市長

先に申請のあった紙おむつ等購入費助成について、次のとおり決定したので通知します。

助成対象者	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500円助成します。		
② 助成券は、市が指定した業者に限り使用できます。		
③ 助成券は、助成券に記載してある有効期限以外には、使用できません。		
④ 助成対象者が施設に入所したとき、又は転出したとき、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。		
⑤ この助成券を上記対象者以外の者に使用したり、他の者に譲渡し、又は転売することはできません。		
⑥ 上記②～⑤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、尿取りパット、使い捨て手袋、ドライシャンプー、清拭剤、介護用シートです。		

第4号様式を次のように改める。

第4号様式（第4条関係）

紙おむつ等購入費助成却下通知書

年 月 日

様

阿賀野市長

先に申請のあった紙おむつ等購入費助成について、下記理由により却下となりましたので通知します。

記

対象者	申請日	
	住所	
	氏名	
却下理由		

第6号様式を次のように改める。

第6号様式（第6条関係）

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（ ）

阿賀野市紙おむつ等購入費助成事業実施要綱第6条の規定により、資格を喪失したので届出します。

対象者住所	阿賀野市
対象者氏名	
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 対象者が介護保険施設に入所したため。 (施設名)</p> <p>4 対象者のロングショートステイが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 世帯の市町村民税所得割額の合計額が20万円を超えたため。</p> <p>6 その他 (具体的理由)</p>
喪失の年月日	年 月 日

附 則

(施行期日)

- 1 この告示は、令和6年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正後の阿賀野市紙おむつ等購入費助成事業実施要綱(以下「改正後要綱」という。)の規定は、施行の日以後に申請する者より適用し、この告示の施行の日の前日までに対象として認定されている者については、なお従前の例による。ただし、改正前の阿賀野市紙おむつ等購入費助成事業実施要綱第4条及び第6条の規定については、改正後要綱第4条及び第6条の規定を適用するものとする。