

大口町介護保険市町村特別給付実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、大口町介護保険条例（平成12年大口町条例第21号）第3条の2並びに大口町介護保険条例施行規則（平成12年大口町規則第13号。以下「規則」という。）第2条及び第2条の2に規定する市町村特別給付（以下「特別給付」という。）の実施について、必要な事項を定めるものとする。

(支給対象者)

第2条 特別給付の支給対象者は、次に掲げる者とする。

- (1) 介護用品購入支援費 規則第2条第1項に定める者
- (2) 介護保険在宅サービス利用支援費 規則第2条の2第1項に定める者

(支給対象用品等)

第3条 規則第2条第2項の介護用品及び規則第2条の2第2項の通所系サービスは、別表第1のとおりとする。

(支給額)

第4条 特別給付の支給額は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 介護用品購入支援費 規則第2条第2項に定める額
- (2) 介護保険在宅サービス利用支援費 規則第2条の2第2項に定める額

(介護用品購入支援費の申請手続等)

第5条 介護用品購入支援費の支給を受けようとする者は、大口町介護保険市町村特別給付（介護用品購入支援費）支給申請書（様式第1）に、町が指定した薬局、薬店等で購入した介護用品について、購入金額、購入年月日等について証明を受けた大口町介護用品購入支援費支給証明書（様式第2）を添付して、別表第2の申請月に町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の申請を受理したときは、申請月の翌月までに支給の可否を決定し、その結果を大口町介護保険市町村特別給付（介護用品購入支援費・介護保険在宅サービス利用支援費）支給決定（却下）通知書（様式第3。以下「通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

3 第1項の申請は、第3条に規定する介護用品の購入から1年を経過したものについては、これを行うことができない。

第6条 町長は、前条第2項の規定により介護用品購入支援費の支給を決定したときは、別表第2の支払月に当該支援費を支給するものとする。ただし、介護保険被保険者資格の喪失等、これによることが適当でないとした場合は、随時に支給することができる。

(介護保険在宅サービス利用支援費の申請手続等)

第7条 介護保険在宅サービス利用支援費の支給を受けようとする者は、大口町介護保険市町村特別給付（在宅サービス利用支援費）支給申請書（様式第4）に食費等の支払が確認できる領収書又は実際に支払った金額が確認できる書類を添付して、別表第2の申請月に町長に提出しなければならない。

2 町長は、前項の申請を受理したときは、申請月の翌月までに支給の可否を決定し、その結果を通知書により申請者に通知するものとする。

3 第1項の申請は、第3条に規定する通所系サービス利用月から1年を経過したものについては、これを行うことができない。

第8条 町長は、前条第2項の規定により介護保険在宅サービス利用支援費の支給を決定したときは、別表第2の支払月に当該支援費を支給するものとする。ただし、介護保険被保険者資格の喪失等、これによることが適当でないとした場合は、随時に支給することができる。

(利用の取消)

第9条 町長は、第5条第2項及び第7条第2項の規定により特別給付の支給の決定を受けた者が、その申請に際して偽りその他不正な行為があったと認めるときは、その者に係る特別給付の支給決定を取り消すことができる。

2 町長は、前項により支給の決定を取り消したときは、大口町介護保険市町村特別給付取消通知書（様式第6。以下「取消通知書」という。）により申請者に通知するものとする。

3 前項の取消通知書を受けた申請者は、町の指定する期日までに支給を受けた特別給付を返還しなければならない。

(その他必要事項)

第10条 この要綱に定めるもののほか、特別給付の支給に関し必要な事項は、町長が定める。

附 則 (平成21年3月27日 大口町告示第38号)

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則 (平成23年3月29日 大口町告示第29号)

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則 (平成24年3月26日 大口町告示第43号)

この要綱中第1条の規定は告示の日から、第2条の規定は平成24年4月1日から施行する。

附 則 (平成27年3月31日 大口町告示第36号)

この要綱は、平成27年4月1日から施行する。

附 則 (平成28年3月29日 大口町告示第42号)

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則 (平成30年9月28日 大口町告示第101号)

1 この要綱は、平成30年10月1日から施行する。

2 平成30年9月分の市町村特別給付の申請については、改正後の大口町介護保険市町村特別給付実施要綱第5条及び第7条の規定にかかわらず、平成31年1月に申請するものとする。

附 則 (令和元年12月27日 大口町告示第142号)

この要綱は、告示の日から施行する。

附 則 (令和3年3月30日 大口町告示第33号)

1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

2 この要綱による改正後の大口町介護保険条例施行規則第2条及び第2条の2の規定は、令和3年4月1日以後の利用分から適用する。

別表第1（第3条関係）

大口町介護保険市町村特別給付対象用品等

介護用品	通所系サービス
紙おむつ、布おむつ、尿取りパット、防水シート、おむつカバー	通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護、地域密着型通所介護、第1号通所事業のうち介護予防通所介護に相当する事業、介護予防通所リハビリテーション、介護予防認知症対応型通所介護

別表第2（第5条―第8条関係）

大口町介護保険市町村特別給付申請月及び支払月

介護用品購入月又は 在宅支援費支給対象月	申請月	支払月
4月、5月、6月	7月	8月
7月、8月、9月	10月	11月
10月、11月、12月	1月	2月
1月、2月、3月	4月	5月

様式第1（第5条関係）

大口町介護保険市町村特別給付（介護用品購入支援費）支給申請書

介護保険被保険者番号	0	0	0	0	0	0					
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5										
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日										
被保険者氏名											
購入年月	購入金額	A	対象金額	B	支給申請額						
			(1か月5,000円上限)		B－(B×介護保険負担割合証に記載された負担割合)						
					(円未満切捨て)						
年 月		円		円	円						
年 月		円		円	円						
年 月		円		円	円						
合 計				円	円						
介護支援専門員等在宅証明欄											
支給申請期間中の医療機関等への入院等の有無 有・無	医療機関等名称			入院等期間							
				年 月 日～ 年 月 日							
				年 月 日～ 年 月 日							
			介護支援専門員等氏名								
年 月 日											
大口町長 様 上記のとおり関係書類を添えて介護用品購入支援費の支給を申請します。 住 所 申請者 氏 名 電話番号											

注 意 ・この申請書に大口町介護用品購入支援費支給証明書（様式第2）を添付してください。

介護用品購入支援費を下記の口座に振り込んでください。

銀行 信金・信組 農協	本店 支店 出張所	種 目	1 普通預金 2 当座預金							
金融機関コード	支店コード	口座番号								
フリガナ 口座名義人										

(裏面)

大口町介護用品購入支援費について

①大口町は、介護保険の市町村特別給付として介護用品購入支援費を支給します。主な内容は、以下のとおりです。

②介護用品購入支援費の支給対象者は、在宅で介護されていて要介護3、要介護4又は要介護5の認定を受けている方です。

※次に該当する方は対象となりません。

- a 介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院に入所している方
- b 医療施設に入院している方
- c 軽費老人ホーム、有料老人ホーム、養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅に入所している方
- d 認知症対応型共同生活介護又は特定施設入所者生活介護を利用している方

③この申請書には、「大口町介護用品購入支援費支給証明書」を添付して下記の申請書提出月に大口町へ提出してください。ただし、転出、死亡による資格喪失等の場合は、下記によらず随時に申請を受け付けします。

介護用品購入月	申請書提出月
4月、5月、6月	7月 (左の期間に購入したものを まとめて申請してください)
7月、8月、9月	10月(同上)
10月、11月、12月	1月(同上)
1月、2月、3月	4月(同上)

④支給対象金額は、1か月につき5,000円が上限です。上限を超えた分は対象外で、この超えた分や上限に達しなかった分を翌月に繰り越すことはできません。

【例】	購入金額	対象金額	
	4月 6,000円	→ 5,000円	(上限を超えた1,000円は対象外)
	5月 3,500円	→ 3,500円	(前月の1,000円を購入金額に加算できない。)
	6月 5,000円	→ 5,000円	(前月の上限を超えなかった1,500円を上限額に加算できない。)

⑤支給金額は、対象金額に介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額を差し引いた額(1円未満の端数は切捨て)です。

様式第2（第5条関係）

大口町介護用品購入支援費支給証明書

（ 年 月～ 年 月）

フリガナ 被保険者氏名				被保険者番号	
番	購入年月日	購入品名	購入金額	薬局・薬店等名	
1	年 月 日		円		
2	年 月 日		円		
3	年 月 日		円		
4	年 月 日		円		
5	年 月 日		円		
6	年 月 日		円		
7	年 月 日		円		
8	年 月 日		円		
9	年 月 日		円		
10	年 月 日		円		

※ 裏面の記入要領により記入してください。

(裏面)

大口町介護用品購入支援費支給証明書の記入要領

- ①この証明書は、介護用品購入支援費支給申請に必要となるものです。在宅の被保険者（要介護3～5の認定を受けた者）が、大口町の指定する薬局・薬店等で次の介護用品を購入したときに証明を受けてください。
- ②介護用品購入支援費の対象品目は、紙おむつ（パンツ式を含む）、布おむつ、尿取りパット、防水シート、おむつカバーのいずれかです。これ以外のものについては、記入しないでください。「購入品名」の欄には、これらの品目名及び商品名等を記入してください。
- ③この証明書は、4月～6月分を1枚（1枚に収まらない場合は2枚以上可）に、7月～9月分を1枚に、10月～12月分を1枚に、1月～3月分を1枚にまとめて記入してください。
- ④購入金額には、消費税及び地方消費税を含めてください。
- ⑤支給対象経費は、1か月につき5,000円が上限です。上限を超えた分は対象外で、この超えた分や上限に達しなかった分を翌月に繰り越すことはできません。
- ⑥在宅で介護している期間に購入した経費が対象です。介護保険施設への入所や医療機関への入院等の期間中に購入したものは、対象となりません。
- ⑦被保険者本人以外が使用するものは、対象となりません。

様式第3（第5条、第7条）

第 号

年 月 日

様

大口町長

印

大口町介護保険市町村特別給付（介護用品購入支援費・介護保険在宅サービス利用支援費）支給決定（却下）通知書

先に申請のありました、大口町介護用品購入支援費・大口町介護保険在宅サービス利用支援費については、下記のとおり決定しましたので通知します。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0	0	0						
----------------	--	--------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
対象金額	円	対象年月	
支給		支給金額	円
却下・減額の理由			

支 払 方 法				
<input type="checkbox"/> 窓口払		<input type="checkbox"/> 口座払		
お持ちいた だくもの	<ul style="list-style-type: none"> この通知書 介護保険被保険者証 申請書に使用した印鑑 	振 込 先	金融機関	
			口座種目	
支払場所			口座番号	
支払期間	年 月 日～ 年 月 日 月曜から金曜 午前 時～午後 時		口座名義人	

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大口町に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができます。

様式第4(第7条関係)

大口町介護保険市町村特別給付(在宅サービス利用支援費)支給申請書

年 月 日

大口町長 様

申請者 住 所
氏 名
電話番号

下記のとおり大口町介護保険在宅サービス利用支援費の支給を申請します。

介護保険被保険者番号									
要介護度				介護保険料段階	□1 □2 □3				
認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日								
被保険者氏名									
利用年月	A 利用日数	B 支払等金額	C 支給単価	D 利用支援費 A×C と B の少ない方 (上限 4,500 円)					
年 月	日	円	円	円					
	利用施設名								
年 月	日	円	円	円					
	利用施設名								
年 月	日	円	円	円					
	利用施設名								
合 計 金 額		円							

上記の利用施設及び利用日数について、ケアプランに基づき実際に提供されたことを証明します。 介護支援専門員名

在宅サービス利用支援費を下記の口座に振り込んでください。

銀行 信金・信組 農協	本店 支店 出張所	種 目	1 普通預金 2 当座預金						
金融機関コード	支店コード	口座番号							
フリガナ									
口座名義人									

(裏 面)

大口町介護保険在宅サービス利用支援費について

- ① この申請書は、大口町が実施する介護保険市町村特別給付(在宅サービス利用支援費)の申請を行うためのものです。
- ② 介護保険在宅サービス利用支援費の支給対象者は、介護保険料段階が、第1段階・第2段階・第3段階に該当し、介護保険の要介護認定等を受け、又は第1号事業を利用することが適当と認められる者のうち、通所系サービスを利用している方です。

※ 通所系サービスとは下記のサービスです。

予 防 給 付	介 護 給 付
第1号通所事業のうち介護予防通所 介護に相当する事業	通所介護 通所リハビリテーション
介護予防通所リハビリテーション	認知症対応型通所介護
介護予防認知症対応型通所介護	地域密着型通所介護

- ③ この申請書には、実際に支払った通所系サービスの食費の支払が分かる領収書等を添付して、下記の申請書提出月に大口町へ提出してください。ただし、転出、死亡による資格喪失等の場合は、下記によらず随時に申請を受け付けします。

在宅支援費支給対象月	申請書提出月
4月、5月、6月	7月 (左の期間に支払ったものをまとめて申請してください)
7月、8月、9月	10月 (同 上)
10月、11月、12月	1月 (同 上)
1月、2月、3月	4月 (同 上)

- ④ 支給金額は、下記の表に示す支給基準額に利用日数を乗じた金額と(1月当たり4,500円上限)又は1月分の実際の支払い額のいずれか低い金額が支給金額になります。

支給基準額	介護保険料段階	1 食
	第1段階	300円
	第2段階	200円
	第3段階	100円

様式第5（第9条関係）

第 号
年 月 日

様

大口町長

印

大口町介護保険市町村特別給付取消通知書

先に決定のあった、大口町介護用品購入支援費・大口町介護保険在宅サービス利用支援費については、下記の理由により取り消しましたので通知します。

なお、下記の返還額を返還期日までに返還して下さい。

フリガナ 被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0	0	0	0						
----------------	--	--------	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
支給決定金額	円(A)		
支給取消金額	円(B)		
返 還 額	円(A - B)		
返 還 期 日	年 月 日		
取消の理由			

- この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、大口町に対して審査請求をすることができます。
- この処分については、上記1の審査請求のほか、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、大口町を被告として（訴訟において大口町を代表する者は大口町長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます。なお、上記1の審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に提起することができます。
- ただし、上記の期間が経過する前に、この処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。なお、正当な理由があるときは、上記の期間やこの処分（審査請求をした場合には、その審査請求に対する裁決）があった日の翌日から起算して1年を経過した後であっても審査請求をすることや処分の取消しの訴えを提起することができます。