

四日市市告示第78号

四日市市重度障害者（児）紙おむつ給付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。

平成28年3月11日

四日市市長 田中俊行

四日市市重度障害者（児）紙おむつ給付事業実施要綱の一部を改正する要綱
四日市市重度障害者（児）紙おむつ給付事業実施要綱（平成18年四日市市告示第369号）の一部を次のように改正する。

改正後	改正前
<p>(対象者)</p> <p>第3条 紙おむつ給付の対象者は、居宅において常時紙おむつを必要とする重度障害者（児）であって、次の各号のいずれにも該当する者とする。この場合において、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5条に規定する自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援を利用するために、同条に規定する施設入所支援を利用する者のうち、第2号イに該当する者については、在宅の重度障害者とみなす。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 次のいずれかに該当する者</p> <p>ア 前条第1号に該当する者のうち、<u>はじめて給付を受けようとする時点での年齢が3歳以上6.5歳未満の者</u></p>	<p>(対象者)</p> <p>第3条 紙おむつ給付の対象者は、居宅において常時紙おむつを必要とする<u>3歳以上</u>の重度障害者（児）であって、次の各号のいずれにも該当する者とする。この場合において、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5条に規定する自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援を利用するために、同条に規定する施設入所支援を利用する者のうち、第2号イに該当する者については、在宅の重度障害者とみなす。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 次のいずれかに該当する者</p> <p>ア 前条第1号に該当する者のうち、筋ジストロフィー、脊髄損傷、頸椎損傷又は3歳未満に発症した先天性</p>

で、筋ジストロフィー、脊髄損傷、
頸椎損傷又は3歳未満に発症した先
天性疾患等を有するもの

イ 前条第2号に該当する者のうち、
はじめて給付を受けようとする時点
での年齢が3歳以上の者で、ストマ
を造設していないもの又はストマの
変形等のため、ストマ装具を装着す
ることができないもの

ウ 前条第3号に該当する者のうち、
はじめて給付を受けようとする時点
での年齢が3歳以上65歳未満の者
で、排便又は排尿の意思表示が困難
なもの

(給付の申請)

第4条 (略)

2 前項に係る申請は、2月分、4月分
又は6月分を取りまとめて行うものとする。

疾患等を有するもの

イ 前条第2号に該当する者のうち、
ストマを造設していないもの又はス
トマの変形等のため、ストマ装具を
装着することができないもの

ウ 前条第3号に該当する者のうち、
排便又は排尿の意思表示が困難なも
の

(給付の申請)

第4条 (略)

2 前項に係る申請は、2月分又は4月
分を取りまとめて行うものとする。

第1号様式及び第2号様式を次のように改める。

四日市市重度障害者(児)紙おむつ給付申請書

四日市市長

年 月 日

次のとおり申請します。

申請者	住所	連絡先		
	フリガナ			
	氏名	印	生年月日	年 月 日
	個人番号			
	フリガナ		続柄	
	給付申請に係る 児童氏名(18歳未満)		生年月日	年 月 日
	個人番号			
身体障害者手帳	障害名			
	等級		第	号
療育手帳	障害程度		第	号
申請期間	年 月分から 年 月分まで	2か月分 ・ 4か月分 ・ 6か月分 (○で囲む)		
業者名				
	商 品 名	サ イ ズ	数 量	
(備考)				

(添付書類)

- 1 本人及び扶養義務者の所得・課税証明書(控除額の明細等全て記載のあるもの、同意により市で確認できる場合は不要)
- 2 紙おむつの見積書
- 3 市長が必要と認める書類

提出先 四日市市役所

課 TEL

FAX

第2号様式（第4条関係）

重度障害者（児）紙おむつ給付意見書	
氏名	生年月日
住所	
身体障害者手帳	障害名 (種 級)
療育手帳	障害程度
紙おむつ等が必要な状況と上記の障害との関連性（該当する番号に○）	
1 あり 2 なし	理由 _____ _____ _____
在宅療養が可能な程度に症状が安定しているかどうか	
1 在宅療養が可能である。 2 在宅療養は困難である。	理由 _____ _____ _____
常時紙おむつ等が必要かどうか	
1 常時必要である。（昼夜問わず装着が必須である。） 2 常時ではないが、必要である。 3 必要ではない。	理由 _____ _____ _____
使用効果	
上記のとおり意見する。 年 月 日 病院又は診療所名 所在地 診療担当科名 作成医師氏名	
印	

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

(健康福祉部障害福祉課)