

## 尼崎市高齢者日常生活用具給付事業要綱

### (目的)

第1条 この要綱は、ねたきりの高齢者等に対して、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、老人福祉の推進に寄与することを目的とする。

### (給付対象及び範囲)

第2条 給付の対象となる用具及びその対象者は、別表第1のとおりとする。

2 給付にあたっては、予算の範囲内で行うものとする。

### (申請)

第3条 用具の給付を受けようとする要援護若しくはひとり暮らし高齢者は、高齢者日常生活用具給付申請書（様式第1号）を尼崎市長に提出しなければならない。

2 前項の規定にかかわらず、止むを得ない理由により、当該高齢者が申請を行うことができない場合、その家族及び居宅介護支援事業所が申請を行うことができる。

### (決定)

第4条 尼崎市長は、前条の規定により申請書を受理したときは、審査のうえ、給付の可否及び費用負担額を決定し、高齢者日常生活用具給付決定通知書（様式第2号）又は高齢者日常生活用具給付申請却下決定通知書（様式第3号）により、申請者に通知するものとする。

### (費用負担額及び支払方法)

第5条 用具の給付を受けた者は、別表第2により決定を受けた費用負担額を負担するものとする。

2 支払については、原則として用具の引き渡し時に直接業者に支払うものとする。

### (給付方法)

第6条 用具の給付は高齢者日常生活用具納入依頼書兼受領書（様式第4号）により、市が業者に発注し、業者が給付対象者に届ける。

### (返還等)

第7条 用具の給付を受けた者は、当該用具をその給付等の目的に反して使用してはならない。

2 この事業において、偽りの申請により用具の給付を受けた場合は現品を返還させるものとする。

3 用具の給付後、当該用具を毀損または滅失したときは、対象者の過失によるものを除き、再度給付申請をすることができる。ただし、受理日を基準として給付した用具が別表第2に定める耐用年数を超えている場合に限る。

(給付台帳の整備)

第8条 尼崎市長は、用具の給付状況を明らかにするために、高齢者日常生活用具給付台帳(様式第5号)を備え、整備する。

(委任)

第9条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施について必要な事項は所管局長が別に定める。

付 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成3年11月1日から施行する。

(尼崎市老人日常生活用具給付事業実施要綱の廃止)

2 尼崎市老人日常生活用具給付事業実施要綱(昭和60年4月1日決定)は、廃止する。また、この要綱の廃止日前にあった申請については、なお従前の例による。

付 則

この要綱は、平成4年9月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成4年10月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成5年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成5年7月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成6年7月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成8年6月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成12年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成16年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

付 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

別表第1（第2条関係） 給付用具及び対象者

給付用具	対象者	耐用年数
火災警報器	別表第2で定めるA又はB階層に該当する世帯（65歳未満の者が属さない世帯に限る。）に属する寝たきり高齢者で、心身機能の低下に伴い防火等の配慮が必要な者	8年
自動消火器	同上	8年
電磁調理器	65歳以上であって心身機能の低下に伴い防火等の配慮が必要なひとり暮らし高齢者	6年

別表第2（第5条関係） 費用負担額

対象者世帯の階層区分		費用負担額
A	生活保護法による被保護世帯（単給世帯を含む。）	0円
B	生計中心者が市町村民税非課税世帯	0円
C	生計中心者の市町村民税課税世帯	全額

※ 4～6月の期間については、前年度分の市町村民税とする。

# 高齢者日常生活用具給付申請書

平成 年 月 日

尼崎市 長 あて

高齢者日常生活用具給付事業の資格審査のため、私の世帯に係る税務資料の調査を承諾し、次のとおり高齢者日常生活用具の給付を申請します。

申請者	ふりがな氏名			当該対象者との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ( )											
	住所				電話											
対象者	ふりがな氏名	⑩	個人番号	— —												
	住所	〒 —		生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)											
状況又は状態	1 ねたきり 2 認知症 3 ひとり暮らし 4 下肢が不自由 5 心身機能の低下に伴い防火等の配慮が必要 6 介護力の低下した高齢者世帯等															
証明欄	対象者世帯の状況又は状態が上記の <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="padding: 0 5px;">□</td><td style="padding: 0 5px;">1</td></tr> <tr><td style="padding: 0 5px;">□</td><td style="padding: 0 5px;">3</td></tr> <tr><td style="padding: 0 5px;">□</td><td style="padding: 0 5px;">4</td></tr> <tr><td style="padding: 0 5px;">□</td><td style="padding: 0 5px;">5</td></tr> <tr><td style="padding: 0 5px;">□</td><td style="padding: 0 5px;">6</td></tr> </table> であることを証明します。 平成 年 月 日 ⑩						□	1	□	3	□	4	□	5	□	6
□	1															
□	3															
□	4															
□	5															
□	6															
申請用具	<input type="checkbox"/> 電磁調理器 (ひとり暮らし高齢者) <input type="checkbox"/> 自動消火器 <input type="checkbox"/> 火災警報器			申請理由												
同居家族	ふりがな氏名	続柄	個人番号		身体状況	階層区分										
			生年月日													
			— —													
			明・大・昭 年 月 日													
			— —													
			明・大・昭 年 月 日													

- 注意事項
- 1 対象者世帯の市町村民税額を証明するため、個人番号を記載してください。
  - 2 対象者世帯の状況で、1. 3. 4. 5. 6の方は民生委員等の証明が必要です。
  - 3 工事を中止する場合の復旧費は、申請者の負担になります。
  - 4 用具の給付後、耐用年数内に当該用具を毀損または滅失したときは、再給付できません。

# 高齢者日常生活用具給付決定通知書

尼高齡第 号の2  
平成 年 月 日

様

尼崎市長 印

平成 年 月 日 付けで申請のありました高齢者日常生活用具を給付することに決定しましたので通知します。

なお、給付決定した用具は、後日下記の業者が対象者宅へ納入します。

## 記

給付用具名	納入業者			負担金額
	名称		電話：	円
	住所			
	名称		電話：	円
	住所			
	名称		電話：	円
	住所			
対象者費用負担額合計				円

- 注意事項
- 1 費用負担額は、用具納入時に直接業者に支払ってください。
  - 2 工事を中止する場合の復旧費は、申請者の負担になります。
  - 3 用具の給付後、耐用年数内に当該用具を毀損または滅失したときは、再給付できません。
  - 4 この決定について不服があるときは、この決定通知書を受け取った日の翌日から起算して3カ月以内に、尼崎市長に対して審査請求書を提出して審査請求することができます。

尼高齡第 号の2  
平成 年 月 日

様

尼 崎 市 長

高齡者日常生活用具給付申請却下通知書

平成 年 月 日付、高齡者日常生活用具給付申請について次の理由により却下しましたので通知します。

1 却下理由（番号に○印で表示）

- (1) 要綱 別表第1で定める給付対象者要件に該当しない。
- (2) 当該高齡者が尼崎市に住所を有していない。
- (3) 当該高齡者の年齢が65歳に達していない。
- (4) その他

( )

以 上

(注) この決定について不服があるときは、この却下通知書を受け取った日の翌日から起算して3カ月以内に、尼崎市長に対して審査請求書を提出して審査請求することができます。

(第3号様式)

# 高齢者日常生活用具納入依頼書兼受領書

尼高齢第 号の3  
平成 年 月 日

様

尼崎市長 印

高齢者日常生活用具の給付を決定しましたので、下記により、対象者宅に納入してください。

## 記

納入先	氏名	様	電話	
	住所			
給付決定用具	数量	受領欄		
		左記の用具を確かに受領いたしました。		
		平成 年 月 日		
		氏名 _____ 印		
対象者費用負担額	0円			
公費負担額	(税抜き)	円	(税込)	円

備考1 給付対象者費用負担額は、用具を納入時に貴社の責任により、直接納入先で受け取ってください。

備考2 納入先で受領印を受け、この用紙に請求書を添付して、請求をしてください。

