



在宅重度心身障害者等

紙おむつ給付事業の手引き

1. 紙おむつ給付事業とは・・・

白子町社会福祉協議会では、常時失禁状態にある在宅重度心身障害者等ご本人及び介護に当たっているご家族を援助し、その日常生活における負担を軽減し、在宅福祉の増進を図ることを目的として、紙おむつやごみ袋を給付しています。

2. 対象者について

白子町に住所があり、白子町区域内の居宅において介護され、次のいずれかの手帳・受給者証をお持ちの常時失禁状態にある3歳以上の方です。

ただし65歳以上の方については、65歳に到達する前から本事業の給付を受けている方が対象です。

- (1) 身体障害者手帳 1級又は2級
- (2) 療育手帳 ㊤、㊤の1、㊤の2、Aの1及びAの2
- (3) 精神障害者保健福祉手帳 1級
- (4) 特定医療費（指定難病）受給者証

次のいずれかに該当する場合、対象者となりません。

- (1) 医療機関に入院又は社会福祉施設に入所している方
- (2) 他の制度による紙おむつの助成を受けている方
- (3) 生活保護法による保護を受けている方

※不正に給付を受けたときは、その相当額を返還していただく場合があります。

3. 申請及び認定

(1) 申請

在宅重度心身障害者等紙おむつ給付申請書（別記様式第1号）を白子町社会福祉協議会へ提出してください。

記入する方は、対象者ご本人またはご親族等がかまいません。

提出するときに、必ず各種手帳・受給者証の原本と印鑑をお持ちください。

(2) 通知

給付の可否を、在宅重度心身障害者等紙おむつ給付決定(却下)通知書(別記様式第2号)により、申請者に通知します。

4. 配布方法

(1) 紙おむつ

毎年4月、7月、10月・1月の20日ごろに、業者がお届けします。

予算の範囲内で給付しますので、数量を変更することがあります。ご了承

ください。

お届けの2週間ほど前に、お届け予定日と紙おむつの種類を通知します。お届け日時の指定はできません。ご不在の場合、業者から不在票が入りますので、その指示に従ってください。

お届けの際に、受領証にご捺印いただきますので印鑑をご準備ください。

おむつのサイズや種類の変更希望は、できるだけ早めにご連絡ください。

給付日の1週間前からは、発注の都合上、変更できません。紙おむつの単価により給付できる数量は変わります。ご了承ください。

(2) ごみ袋(300)

毎年4月に1年度分の50枚を、紙おむつとあわせて給付します。

年度の途中から給付するときは、その月に応じて、次の表のとおり給付します。

給付対象となった月	給付月	紙おむつ排出用ごみ袋 給付枚数
4月・5月・6月	7月	30枚
7月・8月・9月	10月	20枚
10月・11月・12月	1月	10枚
1月・2月・3月	4月	50枚

(例)年度途中の8月に給付決定された方(左列)は、紙おむつ給付は10月から始まり(中列)、ごみ袋20枚(初年度分)をあわせて給付します。(右列)次の1月給付のときは、紙おむつのみで、ごみ袋の給付はありません。次年度の4月に、紙おむつとごみ袋50枚(1年度分)を給付します。

5. 次のようなときはすぐに連絡してください。

(電話：33-5746)

- ・心身の状況変化により、常時失禁状態でなくなったとき
- ・白子町区域内の居宅において、介護されなくなったとき
- ・社会福祉施設等に入所したとき
- ・医療機関へ継続して3ヶ月以上入院するとき
- ・他の制度による紙おむつの助成を受けるとき
- ・亡くなられたとき

※不正に給付を受け続けると、その相当額を返還していただく場合があります。

ご不明な点などありましたら、下記までご連絡ください。

令和3年4月発行

社会福祉法人 白子町社会福祉協議会

住 所：白子町関92番地

電 話：33-5746

FAX：33-7470