

中種子町告示第118号

中種子町介護用品支給事業実施要綱の一部を改正する要綱を次のように定めた。

令和8年9月24日

中種子町長 田淵川 寿広



中種子町介護用品支給事業実施要綱の一部を改正する告示

中種子町介護用品支給事業実施要綱(平成12年告示第37号)の一部を次のように改正する。

題名を次のように改める。

中種子町介護用品助成事業実施要綱

第1条中「を支給し」を「の購入を助成し」に改める。

第2条, 第3条(見出しを含む。), 第4条(見出しを含む。), 第5条の見出し及び同条中「支給」を「助成」に改める。

第6条の見出し中「支給」を「助成」に改め, 同条中「受給」を「助成」に, 「, 町長の発行する介護用品支給引換券(第3号様式)を町長に提示し, 介護用品を受け取るものとする。」を「介護用品を購入した領収書及び介護用品助成実績報告書(第3号様式)を町長に提出し申請する。」に改める。

第7条(見出しを含む。)中「支給」を「助成」に改める。

第8条各号列記以外の部分中「受給者」を「助成対象者」に, 「支給」を「助成」に改め, 同条第1号中「支給」を「助成」に改める。

第9条第1項中「支給」を「助成」に改め, 同条第2項中「支給」を「助成」に, 「受給者」を「助成対象者」に改め, 同条第3項中「前項の規定により介護用品の支給の決定を取り消された者は, 現に所持している介護用品支給引換券を速やかに町長に変換しなければならない。」を削る。

第10条の見出し中「支給」を「助成」に改め, 同条中「給付」を「助成」に, 「支給」を「助成」に改める。

第1号様式から第6号様式を次のように改める。

附 則

この要綱は, 公布の日から施行する。

第1号様式(第4条関係)

年 月 日

中種子町長 様

中種子町介護用品助成事業申請書

中種子町介護用品助成事業実施要綱に基づき、介護用品の購入助成を受けたいので、下記のとおり申請します。

記

助成対象者	氏 名			
	住 所			
	生 年 月 日		性別	男・女
	電 話 番 号			
	続 柄	配偶者・子・孫（他 ）		
在宅の要介護 高齢者等	氏 名			
	生 年 月 日		性別	男・女
	要 介 護 度	要介護 3 ・ 4 ・ 5		
	認 定 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	担当介護支援専門員名	（事業所名： ）		
	利用中の介護サービス （○印をしてください）	・福祉用具貸与 【 車椅子・特殊寝台・歩行器・杖・ 他（ ） 】 ・住宅改修・通所介護（デイサービス） ・訪問介護・訪問看護 ・短期入所生活介護（ショートステイ） 【月 回（1回当たり 泊 日）】		
希 望 す る 介 護 用 品	紙おむつ 尿取りパット 使い捨て手袋 清拭剤 ドライシャンプー その他（ ） （希望する品目に○印をしてください。）			
市 町 村 民 税 課 税 状 況 （ 要 介 護 者 の 世 帯 ）		課税・非課税		

第2号様式(第5条関係)

中種子町介護用品助成事業決定通知書

第 号
年 月 日

様

中種子町長

年 月 日付けで申請のあった中種子町介護用品助成事業については、下記のとおり決定したので通知します。

記

1 以下のとおり支給を認めます。

支給対象者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
在宅の要介護 高齢者等	氏名		生年月日	年 月 日(歳)
	住所			
助 成 額 (年 間 額)	円			
対 象 品 目 等	紙おむつ・尿取りパッド・リハビリパンツ・ 使い捨て手袋・清拭剤・ドライシャンプー その他()			
備 考				

2 以下の理由により支給を認めません。

(理由)

第3号様式(第6条関係)

中種子町介護用品助成事業実績報告書

年 月 日

中種子町長

助成対象者氏名

中種子町介護用品助成事業の実績につきましては、下記のとおり報告します。

記

1. 購入期間 年 月 日 ～ 年 月 日

2. 金 額 円

3. 証拠書類 介護用品助成台帳
領収書の写し等

第4号様式(第8条関係)

中種子町介護用品助成事業変更届

年 月 日

中種子町長 様

届出人 住所
氏名

中種子町介護用品助成事業について、下記のとおり変更がありましたので、届け出ます。

記

助 成 対 象 者	氏 名	
	住 所	
届 出 理 由 (いずれかに○ をする。)	1 介護用品の助成の必要がなくなったため。 2 住所又は連絡先を変更したため。 3 世帯の状況が変わったため。 4 要介護者が施設に入所したため又は要介護3, 4若しくは5に該当し なくなったため。	
変 更 内 容	変 更 前	
	変 更 後	

第5号様式(第9条関係)

中種子町介護用品助成事業決定取消通知書

第 号
年 月 日

様

中種子町長

中種子町介護用品助成事業について、下記のとおり支給を取り消したので、通知します。

記

1 支給を取り消した者

助 成 対 象 者	氏名			
	住所			
在宅の要介護高齢者等	氏名		生年月日	
	住所			
助 成 決 定 年 月 日	年 月 日			
助 成 取 消 年 月 日	年 月 日			

2 取り消しの理由

第6号様式(第10条関係)

介護用品助成台帳

[illegible]