様式第1号(第5条関係)

　　年　　月　　日

家族介護用品受給資格申請書

　おいらせ町長　　　　様

申請者住所　おいらせ町

申請者氏名

電話

　下記により家族介護用品の給付を受けたいので資格申請いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 | 　 | 生年月日 | 　 |
| 対象者住所 | 　 |
| 要介護度 | 　 | 認定期間 | 年　月　日～　　年　月　日 |
| 世帯主構成 | 続柄 | 年齢 | 職業 | 備考(同意の印) |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |

介護用品支給要件について、該当年度の課税状況について税務担当課の台帳等の確認のため同意欄に押印ください。

◎注意事項

１．要介護4または要介護5の方を在宅で介護する町民税非課税世帯の家族の方を対象とした、オムツ等介護用品の現物支給（上限75,000円）の事業です。

２．支給を受ける際は、家族介護用品支給申請書(様式第5号)及を提出し、支給決定通知後に納入事業者へ発注してください。１回の申請につき、25,000円が上限となりますのでご留意ください。

３．毎年７月分以降は、新年度の課税状況により資格対象を判断するため、世帯の課税状況により受給資格が停止となる場合があります。

　　年度途中で要介護度の変更や施設入所、課税されている家族の転入等がある場合、受給資格が停止となります。

　　受給資格の対象外となる場合は、地域包括支援センターまでご連絡ください。

４．上記の３により受給資格が停止した場合、在宅月数により限度額を再計算します。再計算後の限度額を超えて受給されていた場合、差額を返還していただきます。

（例）70,000円支給済で12月に施設入所した場合

　75,000円÷12ヶ月×9ヵ月（4～12月）≒支給限度額56,000円（千円未満切捨）

　70,000円－56,000円＝14,000円の返還額が発生

　　　　　　　　　　　　　　　　【お問い合わせ】

　　　　　　　　　　　　　　　　　おいらせ町役場　地域包括支援センター

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　０１７８－５６－２１３２