様式第5号(第7条関係)

　　　　年　　月　　日

家族介護用品支給申請書

　おいらせ町長　　　　様

申請者住所　おいらせ町

申請者氏名

電話

　家族介護用品の支給を申請いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象者氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 要介護度 |  | 認定期間 | |  |
| 品名 |  | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ※認定額 | ※今回の決定額 | ※合計額 | ※残高 |
|  |  |  |  |

※印は、記入しないでください。

◎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