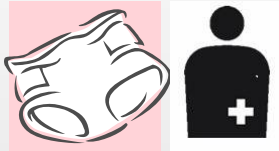


横浜市重度障害者(児) 日常生活用具給付等事業

申請～決定の流れについて



横浜市健康福祉局 障害福祉課生活支援係

平成26年 2月

日常生活用具とは①

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(障害者総合支援法)で定められる

地域生活支援事業のうち、必須事業として規定

● 制度の概要

障害者等の日常生活がより円滑に行われるための用具を給付又は貸与すること等により、福祉の増進に資することを目的とした事業

▶ 横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付等事業について

日常生活用具とは②

● 対象者

日常生活用具を必要とする障害者、障害児、難病患者
※ 難病患者等については、国で定める疾病に限る
(平成26年1月時点で130疾病)

● 実施主体 横浜市

品目、基準額、対象者要件、利用者負担等については各自治体で定めることができる

● 申請方法等

市町村長に申請し、市長村による給付等の**決定後**、
給付等を受ける

利用者からの事前申請が大原則

▶ 横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付等事業について

日常生活用具とは③

● 種目

- (1) 介護・訓練支援用具
- (2) 自立生活支援用具
- (3) 在宅療養等支援用具
- (4) 情報・意思疎通支援用具
- (5) 排泄管理支援用具

・ストーマ用装具(蓄便袋、蓄尿袋)
・紙おむつ(ぼうこう・直腸機能障害要件者)
(重度肢体不自由障害要件者)
(重度知的障害要件者)

- (6) 居宅生活動作補助用具(住宅改修費)

▶ 横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付等事業について

横浜市日常生活用具について②

【継続品目】

- ・ストーマ用装具(蓄便袋、蓄尿袋)
- ・紙おむつ
- ・気管孔用プロテクター
- ・人工喉頭(埋込型用人工鼻)

【申請及び給付決定】

- ・4月から9月までを上半期、10月から翌年3月までを下半期とし、1回の申請につき申請日の属する月から申請月の属する当該半期の終了月まで申請できる
- ・給付券1枚につき、最大で半期6か月分の支給決定
- ・申請月より遡って決定を行うことはできない
(例) 6月申請の場合は、6月～9月分の4か月のみ決定

▶ 横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付等事業について

横浜市日常生活用具について③

【給付の流れ】

市民の申請

- ・申請者は、障害者手帳と事業者作成の見積書を持って区役所へ申請
- ・申請は、上半期(4-9月)、下半期(10-3月)の半年単位
- ※ 市外から転入された方のみ市民税課税(非課税)証明書

区役所の決定

- ・区役所は(1)申請者に給付決定通知書(2)事業者に給付券を郵送

給付対象者へ
継続品目納品

- ・給付対象者は、事業者から直接、継続品目を受け取り、給付券に受領年月日の記入・署名・受領印を押し事業者に返送する
- ・自己負担額が発生している場合は、事業者に自己負担額を支払う

区役所へ請求

- ・事業者は署名・押印済みの給付券を添付し、請求書(場合により納品書)と共に各区へ請求する

事業者へ支払い

- ・区役所は書類審査の後、支払手続きをおこなう

▶ 横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付等事業について

横浜市日常生活用具について④

【対象者要件】

- **ストーマ用装具(蓄便袋・蓄尿袋)**
ぼうこう又は直腸の機能障害の手帳を所持(同時申請も可)し、ストーマ造設(永久増設に限る)を行っている者(ウロストミーの場合、カテーテル留置を除く)
- **紙おむつ**
 - ・**ぼうこう・直腸機能障害**
ぼうこう又は直腸の機能障害の手帳を所持(同時申請も可)し、皮膚のただれや二分脊椎等の理由でストーマ用装具の装着が困難な者
 - ・**重度肢体不自由障害**
脳原生運動機能又は下肢若しくは体幹機能障害2級以上で、対象の要件に全て該当し、その発現年齢が65歳未満であることが医師の意見書により確認できる者
 - ・**重度知的障害**
重度の知的障害者(児)で便意の意思表示かつ定時排泄が困難な者で、医師が必要と認めた者

▶ [横浜市重度障害者\(児\)日常生活用具給付等事業について](#)

横浜市日常生活用具について⑤

【対象商品】 平成26年4月申請分より、パウチカバーが対象種目となります(予定)

	種目名	種目対象品		種目名	種目対象品
ストーマ用装具	蓄便袋	ワンピース装具・フランジ・パウチ	ストーマ用装具	洗腸用具	洗腸セット 洗腸袋 洗腸袋用クリップ 洗腸用ストッパー(ストーマコーン) 洗腸用フェースプレート 洗腸用チューブ 洗浄液バッグ
	蓄尿袋	ワンピース装具・フランジ・パウチ			
	蓄尿バッグ	レッグバッグ・ナイトドレナージバッグ		入浴等補助用具	ミニパウチ ストマキャップ ミニパッド
	補正剤	補正用皮膚保護剤 凸面リング(コンベックスインサート等)			
	皮膚保護剤	ペースト・パテ・パウダー・ウエハー スキンバリア		紙おむつ	テープタイプ パンツタイプ フラットタイプ 尿取パット
	消臭剤	消臭パウダー・消臭フィルム・消臭液 消臭シート			
	潤滑剤	潤滑剤			
	凝固剤	凝固剤			
	剥離剤	リムーバー			
	ガス抜き用具	ガス抜きフィルター			
穴あけ用器具	専用ハサミ 専用カッター	洗腸用具 (※直腸機能障害者(児)で、皮膚のただれや二分脊椎等の理由でストーマ用装具の装着が困難な方に限る)	洗腸セット 洗腸袋 洗腸袋用クリップ 洗腸用ストッパー(ストーマコーン) 洗腸用フェースプレート 洗腸用チューブ 洗浄液バッグ		
固定具	サージカルテープ 固定用ベルト・ストーマベルト・腹帯				
接続管	ウロ接続管・コネクター・接続用チューブ				
閉鎖具	ストーマ用装具 クリップ・ストッパー				

▶ [横浜市重度障害者\(児\)日常生活用具給付等事業について](#)

横浜市日常生活用具について⑥

● 基準額

(平成26年1月時点)

基準額とは…基準までの額で必要量の給付をする、という「上限」の意味

品目(型式)	基準額	
	1か月分	6か月分
ストーマ用装具(蓄便袋)	10,000円	60,000円
ストーマ用装具(蓄尿袋)	13,000円	78,000円
紙おむつ (ぼうこう・直腸/肢体不自由障害)	13,000円	78,000円
紙おむつ(重度知的障害)	5,000円	30,000円

▶ 横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付等事業について

横浜市日常生活用具について⑦

● 利用者負担額

原則1割負担

継続品目においては、1回の申請・決定あたりの負担上限額(最長6か月)

ただし、世帯の課税状況に応じて、負担上限月額あり

区分	世帯の課税状況等	負担上限月額
生活保護世帯	生活保護世帯等の方	0円
低所得	市民税非課税世帯	0円
一般	市民税課税世帯で、最多納税者の市民税所得割額が46万円未満の世帯	37,200円(非継続)
		4,650円(継続)
※制度対象外	市民税所得割額が46万円以上の世帯	

▶ 横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付等事業について

給付券について

障害者（児）日常生活用具給付券 【 A 区】

次のとおり決定します。

対象者	氏名	●●●●	生年月日	●●●●
	住所	A区●●町	電話番号	●●●●
			電話番号区分	
			FAX番号	
保護者	氏名		続柄	
	住所		生年月日	
			電話番号	
			電話番号区分	
同居区分				
給付品目	品目名称	●●●●●		
	価格	基準額	自己負担額	公費負担額
	●●●●円	●●●●円	●●●●円	●●●●円
業者	名称	●●●●●		
	電話番号			
受領年月日	年 月 日	受領者氏名	印	本人との関係

▶ 横浜市重度障害者（児）日常生活用具給付等事業について

給付券～利用者負担額等について～

障害者（児）日常生活用具給付券 **A 区** 請求書送付先

給付品目	品目名称	紙おむつ（肢体不自由）				
	価格	基準額	自己負担額	公費負担額	負担上限額	継続品目支給年月
	90,000円	78,000円	4,650円	73,350円	4,650円	平成26年4月～平成26年9月
業者	名称	原則1割、ただし上限4,650円				
	電話番号	見積金額 制度の定める公費負担の基準額				
給付品目	品目名称	ストーマ用装具（蓄便袋）				
	価格	基準額	自己負担額	公費負担額	負担上限額	継続品目支給年月
	30,000円	60,000円	3,000円	27,000円	4,650円	平成26年4月～平成26年9月
業者	名称	価格の1割を負担				
	電話番号					

▶ 横浜市重度障害者（児）日常生活用具給付等事業について

給付券～受領のサインについて～

障害者（児）日常生活用具給付券 【 A 区】

受領年月日	年 月 日	受領者氏名	印	本人との関係
-------	-------	-------	---	--------

・商品を受領した年月日を記載
 ・分割で納付する場合は、原則初回受領時の月日を記載

給付対象者からみた受領者との関係を記載

・受領者の氏名（本人・家族等）を記載
 ・他人が代理受領を行う場合は、利用者氏名を代筆し、余白に代筆者の氏名・関係・利用者本人が署名できない理由を記載

▶ 横浜市重度障害者（児）日常生活用具給付等事業について

見積書について

宛名は対象者の居住区の区長名（福祉保健センター長ではありません）

〇〇区長

平成 26年 3月 15日

発行日を記載

必要額を記載。基準額を上回っていても可。
 ただし、給付決定は基準額まで

御見積金額 ¥ 69,205

住所：横浜市中区〇町〇-〇
 〇〇〇〇株式会社
 代表取締役 〇〇
 TEL: ×××(×××)×××
 FAX: ×××(×××)×××

代表者印
 もしくは、店長印等

【種目名】【製品名】【何枚入り】を記載

商品コード	品名	単価	枚数	単位	何月分	金額
フリー△型あんしんヘルパ		¥ 1,995	3	パック		¥ 5,985
MPD付△型あんしんヘルパ		¥ 2,500	2	パック		¥ 5,000
フリー△型ヘルパ					1か月合計	¥ 10,985
					4～9月合計	¥ 65,970

1か月分の必要量を記載
 ・対象者の状態にあった必要量のみ見積り
 ・割り切れない場合は6か月を記載し、備考欄に1か月あたりの平均使用枚数を記載

見積書1枚につき、最大6か月分まで記載
 ただし、上半期（4～9月）、下半期（10～3月）をまたぐことはできない

小計	¥ 65,970
消費税(5%)	¥ 3,295
合計	¥ 69,205

〇〇 〇〇様 〇〇区〇〇町〇番地 4月～9月分
 〇枚/日 使用予定
 ※横浜市の基準額を超えてしまい差額自己負担が発生します。
 差額自己負担額は、_____円です。

●利用者
 ●利用者住所
 ●適用月
 ●差額自己負担額（任意）等を記載

▶ 横浜市重度障害者（児）日常生活用具給付等事業について

請求書について

【必要書類】

- 請求書(宛名は給付券に記載されている区の区長)
 - ① 請求金額は、日常生活用具給付券の公費負担額欄の金額又は、**下回っている金額**
 - ② 請求書番号(請求者が付ける任意の数字で最大6桁。通帳に印字される)
 - ③ 銀行名・支店名・預金種目・口座番号・口座名(フリガナも記入)
(指定者コードをお持ちの場合は不要)
 - ④ 指定者コード(お持ちの場合)
 - ⑤ 事業者名・住所地
 - ⑥ 代表者肩書、代表者名、代表者印(丸印)
- 日常生活用具給付券
受領者の署名及び押印済みのもの
- **納品書**
納品額が給付券に記載の「公費負担額」を下回っている場合のみ

▶ [横浜市重度障害者\(児\)日常生活用具給付等事業について](#)

横浜市からのご案内

横浜市ホームページ【日常生活用具の給付】

<http://www.city.yokohama.lg.jp/kenko/shogai/yougu/yougu.html>



- ストーマ用装具対象商品一覧表
- よくある質問
- 制度変更のお知らせ
- 横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付等事業実施要綱

▶ [横浜市重度障害者\(児\)日常生活用具給付等事業について](#)