

## 紙おむつ支給事業について

### 1. 事業概要

在宅で介護を受けている高齢者等及びその者を在宅において介護をしている家族に対し、介護に必要な紙おむつ・尿とりパッドを支給する事業です。支給要件は次のとおりです。

#### 【支給要件】

- ①神戸市内に居住し、在宅で介護を受けている高齢者等  
(施設に入所されている方は対象とはなりません。)
- ②神戸市の被保険者(神戸市の介護保険被保険者証をお持ちの方)
- ③要介護度が4または5である方
- ④世帯全員の市民税が非課税であること  
(世帯とは、住民票上で同一世帯に登録されている方全員をさします。)
- ⑤生活保護あるいは中国残留邦人等支援給付を受けていない方  
※生活保護等により同様の支給が可能な場合があるため、必要な場合は区役所生活支援課へご相談ください。

### 2. 申請書(変更)

紙おむつ支給事業申請書(別紙1)の様式が、令和4年度より変更になります。申請書の記入の仕方(別紙2)を参照し、ご案内をお願いします。

令和4年分の紙おむつ支給事業を申請する場合は、必ず新しい様式を使用してください。新しい紙おむつ支給事業申請書と申請用封筒については、居宅介護支援事業所及びあんしんすこやかセンターへ2月下旬にお送りしております。また、申請書については、神戸市ホームページにも掲載しておりますので、ダウンロードしてご利用ください。

### 3. 申請用封筒の追加送付

申請用封筒の不足がありましたら、追加でお送りすることが可能です。以下のメールアドレスへ、必要事項を記載の上、ご連絡下さい。

【送付先】[kobe-kamiomutsu@office.city.kobe.lg.jp](mailto:kobe-kamiomutsu@office.city.kobe.lg.jp)

【メールタイトル】申請用封筒の送付依頼

【必要事項】①送付先事業所名②送付先住所(郵便番号含む)③ご担当氏名④必要部数

※申請用封筒について、差出有効期限が切れたものの使用や、申請用封筒の表をコピーして、別の封筒に貼り付けて使用することはできません。

※お手持ちの封筒に宛先を記入の上、お送りいただくことでも問題はございません。

### 4. 支給決定時期

申請書を受け付けた日の翌日から1か月以内に支給の可否を決定し、申請者宅へ通知します。令和4年度の紙おむつ支給事業の決定通知書の発送日の目安は別紙3のとおりです。

## 5. 申請書の到着日と支給限度額

紙おむつ支給事業は、申請時期によって支給限度額が異なります。令和4年度の申請書の到着期限は以下の表のとおりとなりますので、申請時にはご注意ください。

申請書到着日 (介護保険課受理日)	支給金額
3月1日 ～ 6月15日	10万円
～ 9月15日	7万5千円
～ 12月15日	5万円
～ 3月15日	2万5千円

※申請書に不備がある場合は、受け付けることができません。不備がある場合は、不備修正後の申請書が介護保険課に到着した日が受理日となります。

## 6. 紙おむつ利用券の利用期限

令和4年度の利用券の色は以下のとおりとなります。

橙色：令和4年 4月1日～令和4年 6月30日

緑色：令和4年 7月1日～令和4年 9月30日

紫色：令和4年10月1日～令和4年12月31日

黄色：令和5年 1月1日～令和5年 3月31日

3か月ごとに25枚(25,000円)の利用券を使うことができます。

## 7. 紙おむつ支給事業の注意事項

### ①認定有効期間前や、要件非該当での事前申請

介護認定の結果がでたあとであっても、要介護4または5の認定の有効期間開始前の受付はできません。また、入院中であって、退院の目処が立った状態での事前申請は受付できません。必ず、介護認定の有効期間内であって、在宅(自宅で過ごしている状態)で申請してください。

### ②不適正利用について

紙おむつ支給事業は、以下①～⑤のすべての条件を満たす方が対象です。支給決定をされた方でも、以下①～⑤の要件に当てはまらなくなった時点で、利用券を使用することはできません。利用者が要介護3以下になった場合や、入院や入所することになった場合など、紙おむつ支給事業の要件に当てはまらなくなったときは、利用券を使うことができない旨、利用者へ説明をお願いいたします。また利用券をお近くの区役所の保健福祉課または市役所介護保険課へ返却をお願いします。

不適正な利用をされたことが発覚した場合には、利用者より使用分に相当する金額を返金していただきます。

### ③紙おむつ支給事業のトラブル事例

紙おむつ支給事業について以下のトラブル事例が発生していますので、利用者から相談があった場合は至急要件についてご案内をお願いいたします。

#### (事例 1)

当初、要介護 4 で紙おむつ利用券を利用していた。要介護認定更新後に、要介護 3 になったが、利用券を使い続けていた。後に、要介護 3 であることが発覚し、利用券によって購入した紙おむつの代金を返金することになった。

⇒紙おむつ支給事業は、要介護 4 又は 5 の方が対象の事業であるため、要介護 3 以下になった認定期間中は利用券を利用することはできません。要介護 3 以下になった場合は、利用券を速やかに区役所保健福祉課または、神戸市介護保険課まで返却してください。

#### (事例 2)

当初、自宅で介護を受けており、紙おむつ利用券を利用していた。しかし、体調の変化から入院することになったが、その後も利用券を使い続けていた。後に、入院していることが発覚し、利用券によって購入した紙おむつの代金を返金することになった。

⇒紙おむつ支給事業は、在宅で介護を受けておられる方が対象です。体調の変化により、入院や入所をされた場合は利用することはできません。入院や入所をされた場合は、利用券を速やかに区役所保健福祉課または、神戸市介護保険課まで返却してください。

(様式第1号)

## 神戸市紙おむつ支給事業申請書

別紙1

神戸市長 宛

次のとおり紙おむつ支給事業の利用を申請します。(世帯員の全員が非課税であることを申告します。)

なお、申請にあたり、申請者および利用者の居住状況、要介護状態、利用者の世帯員全員の市民税非課税情報を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度	令和4年度		申請日	令和 年 月 日		
1.申請者 (神戸市に居住する介護している家族等)	住民票の住所	〒 - 神戸市 区				
	住んでいる住所	〒 - 神戸市 区 ※住民票の住所と同じ場合は記載不要です。				
	(ふりがな)	氏名		生年月日	利用者との続柄	
	氏名	M・T・S・H 年 月 日		日中の連絡先 - -		
2.利用者 (紙おむつを必要とする高齢者等)	住民票の住所	〒 - 神戸市 区				
	住んでいる住所	〒 - 神戸市 区 ※住民票の住所と同じ場合は記載不要です。				
	(ふりがな)	氏名	男・女	生年月日		
		M・T・S		年 月 日 ( 歳)		
	現在の要介護状態区分	要介護 4 ・ 5 (該当する区分を○で囲んでください)				
要介護認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
3.要件確認欄※	利用者の状況に関して、確認欄に✓を入れてください	確認欄	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院していない			
			<input type="checkbox"/> 生活保護あるいは中国残留邦人等支援給付を受給していない			
			<input type="checkbox"/> 市内に居住する家族が対象高齢者を介護している			
			<input type="checkbox"/> 市内に居住する介護家族がない(この場合のみ利用者本人の申請可)			
4.利用者の住民票上の世帯構成員	氏名	続柄	性別	生年月日	年齢	
		利用者本人	男・女	M・T・S・H・R 年 月 日	歳	
			男・女	M・T・S・H・R 年 月 日	歳	
			男・女	M・T・S・H・R 年 月 日	歳	
5.担当ケアマネジャー	事業所名					
	担当者	電話番号	- -			

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をさせていただく場合がございます。

※審査を経て利用決定後、「紙おむつ利用券」をお受け取りになった時点からご利用いただけます。

-----&lt;神戸市記入欄&gt;-----

<input type="checkbox"/> 要介護4・5	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	備考
過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No. )		
<input type="checkbox"/> 他市の被保険者	<input type="checkbox"/> 生活保護等受給	
受付日 令和 年 月 日	整理番号 No.	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下

# 神戸市紙おむつ支給事業 申請書の記入のしかた 1 / 2

※消せるボールペンは使用不可です。

①「申請者」は神戸市内に居住する、高齢者を介護している家族です。神戸市内に介護家族がない場合のみ、本人での申請が可能です。成年後見人が申請者となる場合は、登記事項証明書（写し可）を添付してください。

・申請者の世帯が利用者の世帯と異なる場合は必ず押印が必要です。ただし、申請者本人が自署した場合は氏名欄の押印は不要です。

・住民票の住所と、住んでいる住所が異なる場合は、「住民票の住所」「住んでいる住所」の両方を記入してください。また、ご記入いただいた「住んでいる住所」は、市で登録させていただき、紙おむつ支給事業に係る送付物は住んでいる住所へ送付いたします。※ケアマネジャーやヘルパーによる申請はできません。

②利用者（紙おむつを必要とする高齢者等）の情報を記入してください。

・利用者本人が自署した場合は氏名欄の押印は不要です。

・住民票上の住所と、住んでいる住所が異なる場合は、「住民票の住所」「住んでいる住所」の両方を記入してください。

③介護保険証の要介護度と認定期間を記入してください。

認定の有効期間前の申請は受け付けできません。

④確認欄にチェックを入れてください。

※入院中・入所中は申請できません。

※生活保護あるいは中国残留邦人支援給付を受給している場合は、本事業の対象となりません。

※市内に居住する家族が高齢者を介護している場合、「申請者」は「介護家族」になっていただきます。市内に家族がいても、事情により介護できない場合のみ、利用者本人の申請が可能です。

⑤利用者の住民票の同一世帯員全員を記入してください。

住民票の世帯が異なる場合は、同住所に住んでいても記入は不要です。

⑥担当のケアマネジャーを記入してください。

申請内容について、確認させていただく場合があります。

※申請書の記入漏れなどの不備がございましたら審査が遅れることがあります。

(令和4年4月1日改訂)

## 記入見本

### 神戸市紙おむつ支給事業申請書

神戸市長 宛

次のとおり紙おむつ支給事業の利用を申請します。（世帯員の全員が非課税であることを申告します。）

なお、申請にあたり、申請者および利用者の居住状況、要介護状態、利用者の世帯員全員の市民税非課税情報を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度	令和4年度	申請日	令和4年4月1日		
① 1.申請者	住民票の住所 〒650-△△△△ 神戸市 中央区 加納町△丁目△番△号	住んでいる住所 〒 - 神戸市 区 <small>※住民票の住所と同じ場合は記載不要です。</small>	(ふりがな) こうべ いしこ	生年月日 M・T・S・H 35年4月1日	利用者との続柄 長女 日中の連絡先 080 - *** - ****
(神戸市に居住する介護している家族等)	氏名 神戸 市子	押印	男・女	M・T・S	5年5月1日(91歳)
② 2.利用者	住民票の住所 〒652-〇〇〇〇 神戸市 兵庫区 荒田町〇丁目〇番〇号	住んでいる住所 〒651-〇〇〇〇 神戸市 西区 桜台〇丁目〇番〇号 <small>※住民票の住所と同じ場合は記載不要です。</small>	(ふりがな) こうべ たろう	生年月日 M・T・S 5年5月1日(91歳)	男・女
(紙おむつを必要とする高齢者等)	氏名 神戸 太郎	押印	男・女	M・T・S	5年5月1日(91歳)
③ 現在の要介護状態区分	要介護 4 ・ 5 (該当する区分を○で囲んでください)				
要介護認定期間	令和4年1月1日～令和4年12月31日				
④ 3.要件確認欄※	利用者の状況に関して、確認欄に✓を入れてください	確認欄	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院していない <input type="checkbox"/> 生活保護あるいは中国残留邦人等支援給付を受給していない <input checked="" type="checkbox"/> 市内に居住する家族が対象高齢者を介護している <input type="checkbox"/> 市内に居住する介護家族がない(この場合のみ利用者本人の申請可)		
⑤ 4.利用者の住民票上の世帯構成員	氏名	続柄	性別	生年月日	年齢
	神戸 太郎	利用者本人	男・女	M・T・S・H・R 5年5月1日	91歳
	神戸 花子	妻	男・女	M・T・S・H・R 6年6月1日	90歳
			男・女	M・T・S・H・R 年 月 日	歳
			男・女	M・T・S・H・R 年 月 日	歳
⑥ 5.担当ケアマネジャー	事業所名	居宅介護支援事業所 ●●			
	担当者	兵庫 一郎	電話番号	078 - *** - ****	

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をさせていただく場合がございます。  
※審査を経て利用決定後、「紙おむつ利用券」をお受け取りになった時点からご利用いただけます。

<申請にあたっての注意事項>

・ボールペンで申請書の太枠部分を記載し、間違えた場合は、二重線で消し、訂正印を押してください。

※消せるボールペンの使用は不可です。

・本人申請をされる場合（ご家族が市外に住んでいる等）は、申請者欄に利用者本人の情報を必ずご記入ください。**申請者欄の記入がない場合は受付できません。**

・当該事業の対象となる方は、神戸市内に居住する**在宅の要介護4または5**の高齢者等であり、なおかつ、属する世帯の**世帯員全員が市民税非課税の方**です。

※介護保険負担割合証に記載されている、利用者負担の割合が**1割**であることが前提です。申請前にご確認をお願いします。

※**生活保護等を受給されている方は対象外**です。

・入院中であって、退院の目処がたった等の状態での事前申請は受付できません。必ず、在宅（自宅で過ごしている）の状態申請してください。

・介護認定の結果が出た後であっても、認定の有効期間開始前の事前申請は受付できません。必ず、認定の有効期間開始後に申請してください。

介護保険負担割合証	
交付年月日	
被保者	番号
住所	
フリガナ氏名	
生年月日	性別
利用者の給	適用期間
1割	開始年月日 終了年月日
割	開始年月日 終了年月日
保険者番号並びに保険者の名称及び印	神戸市

## 令和4年度神戸市紙おむつ支給事業 発送目安一覧

介護保険課到着日	発送日	利用券金額
3月1日 ~ 3月15日	4月1日 まで	10万円
~ 3月31日	4月15日 まで	
~ 4月15日	4月28日 まで	
~ 4月28日	5月13日 まで	
~ 5月16日	5月27日 まで	
~ 5月31日	6月15日 まで	
~ 6月15日	6月24日 まで	
6月16日 ~ 6月30日	7月15日 まで	7万5千円
~ 7月15日	7月29日 まで	
~ 7月29日	8月18日 まで	
~ 8月15日	8月31日 まで	
~ 8月31日	9月15日 まで	
~ 9月15日	9月23日 まで	
9月16日 ~ 9月30日	10月14日 まで	5万円
~ 10月14日	10月31日 まで	
~ 10月31日	11月16日 まで	
~ 11月15日	11月30日 まで	
~ 11月30日	12月15日 まで	
~ 12月15日	12月23日 まで	
12月16日 ~ 12月28日	1月13日 まで	2万5千円
~ 1月13日	1月27日 まで	
~ 1月31日	2月15日 まで	
~ 2月15日	2月28日 まで	
~ 2月28日	3月10日 まで	
~ 3月15日	3月24日 まで	

- ・申請書に不備がある場合は、受け付けることはできません。
- ・不備を修正後に再度送付いただいた日の到着日で受け付けます。