

事業利用中の皆様へ

大東市障害者等日常生活用具給付事業【紙おむつ・ストーマ装具】 対象品目等および申込の注意点等について

1 申込等について

| 項目 | 申込にあたっての注意点 |
|--------------------|---------------|
| ①紙おむつの申込みについて | 1年ごとに申込み |
| ②ストーマ装具の申込みについて | |
| ③紙おむつの給付券について | 6ヶ月ごとに1枚交付(※) |
| ④ストーマ装具の給付券について | |
| ⑤紙おむつの給付対象品目について | 下記⑤をご参照ください。 |
| ⑥ストーマ装具の給付対象品目について | 次頁⑥をご参照ください。 |

※給付券は2枚を同時に交付します。10月以降の申込みの場合は1枚のみとなります。

5月に申込みがあった場合は、〔5月～9月〕〔10月～3月〕に分けて2枚を交付します。

⑤紙おむつの給付対象品目

以下のとおりです。(月額上限額：13,000円)

| 紙おむつ関連用品 | | |
|----------|------|---|
| | 種目 | 対象品 |
| 1 | 紙おむつ | 紙おむつ（テープタイプ、パンツタイプ、フラットタイプ、尿とりパッド） ※購入金額のうち「紙おむつ」が5割以上を満たすこと |
| 2 | 洗腸用具 | 洗腸用具（※ 直腸機能障害を有する方に限る） |
| 3 | さらし | さらし |
| 4 | ガーゼ | ガーゼ |
| 5 | 脱脂綿 | 脱脂綿 |
| 6 | お尻ふき | お尻ふき |

(注) ゴム手袋やトイレトペーパー、消臭剤、ごみ袋、防水シート等、上記以外のものは給付対象外のものもありますので、障害福祉課までご相談ください。

⑥ストーマ装具の給付対象品目

以下のとおりです。(月額上限額：蓄便袋 10,000 円、蓄尿袋 13,000 円)

| ストーマ装具（蓄便袋）・ストーマ装具（蓄尿袋）関連用品 | | |
|-----------------------------|-------|---|
| | 種目 | 対象品 |
| 1 | 装具 | ワンピース装具・ツーピース装具（フレンジ及びパウチ） ※購入金額のうち「装具」が5割以上を満たすこと |
| 2 | 洗腸用具 | 洗腸用具 |
| 3 | 皮膚保護剤 | 皮膚保護ペースト・皮膚保護パテ |
| 4 | | 皮膚保護パウダー |
| 5 | | 皮膚保護ウエハー |
| 6 | | 皮膚被膜剤(スキンバリア) |
| 7 | | パウチカバー |
| 8 | 補正剤 | コンベックスインサート |
| 9 | 固定具 | 固定用ベルト |
| 10 | | サージカルテープ |
| 11 | 剥離剤 | 剥離剤(リムーバー) |
| 12 | 蓄尿バッグ | レッグバッグ(下肢装着用蓄尿袋) |
| 13 | | ナイトドレーナージバッグ(夜間用蓄尿袋) |
| 14 | 消臭剤 | 消臭剤（パウチの中に入れて使用するもの） |
| 15 | 入浴用装具 | 入浴用パウチ |
| 16 | | 入浴用キャップ |
| 17 | | 入浴用パッド |
| 18 | | 入浴用保護フィルム |
| 19 | 清浄剤 | 皮膚清浄剤 |
| 20 | ガーゼ | ガーゼ、脱脂綿 |
| 21 | 潤滑剤 | 潤滑剤 |
| 22 | 凝固剤 | 凝固剤 |
| 23 | ハサミ | ストーマ用ハサミ、フレンジカッター |
| 24 | 収納用具 | ストーマ用腹帯・サラシ・オストミーパンツ |

(注) 空間消臭剤等、上記以外のものは給付対象外もありますので、障害福祉課までご相談ください。

2 その他注意事項

①市民税の申告について

- 日常生活用具の給付にあたって、ご本人及び同一世帯の配偶者（本人が18歳未満の場合は同一世帯の保護者全員）の市民税課税状況を確認させていただいております。
- 無収入等で未申告により課税状況が確認できない方につきましては、課税課において、「市民税・府民税申告書」のご提出により申告をお願いいたします。

②給付決定金額の1割自己負担について

- 市民税課税により、給付決定金額の1割を自己負担いただくことになっております。
- 1割の自己負担金額については、必ず事業者へお支払いください。

③購入後の給付決定金額の残額について

- 給付用具の購入後、給付決定金額に残額が生じた場合は、残額を給付対象期間外において使用（繰り越し）はできません。

〇よくあるご質問〇

【問1】

紙おむつの決定通知書等に「見積額 78,000 円」「利用者負担額 7,800 円」「公費負担額 70,200 円」と書いてあります。これはどういう意味ですか？

〔回答〕

給付対象は紙おむつの公費限度額 13,000 円/月の6か月分で、78,000 円となります。この例の場合は、本人または配偶者（18 歳未満は保護者）のどちらかの市民税が課税されている場合、給付決定金額の1割の自己負担が生じます。そのため、給付決定金額の1割にあたる 7,800 円の自己負担が発生し、公費負担額は、自己負担額を除いた 70,200 円となります。

※以下の参考例をご参照下さい。

<参考例>

- 実際の商品額 80,000 円
- 公費限度額 78,000 円（うち、自己負担額 7,800 円）
- 公費負担額 70,200 円【公費限度額 78,000 円－本事業自己負担分 7,800 円＝70,200 円】

全体の自己負担額

本事業自己負担分 7,800 円 + 公費限度額超過分 2,000 円 = 9,800 円

※ ストーマ装具等の給付についても同様の考え方です。

【問2】

紙おむつの申込みをして「利用者負担額 7,800 円」「公費負担額 70,200 円」の給付決定を受けましたが、6ヶ月間で紙おむつにかかった実際の費用は 50,444 円でした。

① 自己負担額はいくらですか？

〔回答〕 実際にかかった 50,444 円の1割にあたる、5,045 円となります。
（端数は切り上げて計算するため、公費負担額は 45,399 円）

② 残額 24,801 円を、事業対象外の用具・用品に使用することはできますか？

〔回答〕 できません。本市が公費対象としてお支払いできるのは給付決定を行った対象用具のみです。対象用具の関連用品であっても、対象外品目の場合は使用できません。

③ 残額 24,801 円を、事業対象の用具・用品に使用し、他人に分けることはできますか？

〔回答〕 できません。給付決定を受けた方以外への譲渡及び転売等は禁じております。万一そのような違反行為が発覚した場合は、本市へ返還いただきます。

【問3】

一昨年は収入があったのですが、昨年はほとんど収入がありませんでした。

① 確認する市民税はいつのものですか？

〔回答〕4月～6月に日常生活用具給付の申込みがあったものは、前年度の市民税（一昨年の収入）を確認します。

7月以降に申込みがあったものは、現年度の市民税（昨年の収入）を確認します。

② 昨年は収入が全く無かったのですが、申告は必要ですか？

〔回答〕収入が無かった方についても、課税課にて「無収入」の申告をしていただく必要があります。課税課への申告内容をもって収入の確認とさせていただきますので、申告の手続きにご協力お願いいたします。

【問4】

郵送での申込みはできますか？

〔回答〕できます。「申込書」「業者の見積書」を同封の上、障害福祉課へ郵送してください。

なお、申込書のお取り寄せにつきましては、電話等でお申し付けください。

郵送で送付いたします。また、市ホームページにおいてもダウンロードができますので、あわせてご利用ください。

※ 障害福祉課への到着日が受付日となります。月末ぎりぎりに投函された場合は給付対象月が投函した翌月からとなる場合がありますので、余裕をもってお手続きください。

大東市福祉・子ども部障害福祉課
TEL:072-870-9630（直通）
FAX:072-873-3838
Mail:tiiki@city.daito.lg.jp