

## 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5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5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月中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5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5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5年度の利用券の色は以下のとおりとなります。

紫色：令和5年 4月1日～令和5年 6月30日

黄色：令和5年 7月1日～令和5年 9月30日

桃色：令和5年10月1日～令和5年12月31日

緑色：令和6年 1月1日～令和6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、支給要件①～⑤の全て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。

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5年度	申請日	令和	年	月	日			
1.申請者 (神戸市に居住し介護している家族等) いない場合のみ利用者本人による申請可	住民票の住所 〒 - 神戸市 区								
	住んでいる住所 〒 - 神戸市 区								
	(フリガナ)	生年月日	利用者との続柄						
	氏名	T・S・H	日中の連絡先						
		年月日	-	-					
2.紙おむつ利用者	住民票の住所 〒 - 神戸市 区								
	住んでいる住所 〒 - 神戸市 区								
	(フリガナ)	生 年 月 日							
	氏名	T・S		年 月 日					
		Ⓢ							
※自署の場合は押印不要です。									
3.要件 確認欄  該当する箇所を○で囲んでください。	現在の要介護状態区分	要介護 4・5							
		要介護認定期間	令和	年	月	日 ~ 令和	年	月	日
	施設入所または入院	している ・ していない							
	生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給	している ・ していない							
	利用者を介護する家族が市内に居住	している ・ していない							
4.利用者の住民票上の世帯構成員	氏名	続柄	生年月日			<神戸市記入欄>			
		利用者本人	T・S・H・R	年	月		日		
			T・S・H・R	年	月		日		
			T・S・H・R	年	月		日		
			T・S・H・R	年	月	日			
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。

<神戸市記入欄>

<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	
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

※消せるボールペンは使用不可です。ケアマネジャーやヘルパーによる申請はできません。

【下記①・②共通事項】

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。

①「申請者」は神戸市内に居住し、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際：登記事項証明書（写し可）を添付してください。

②「利用者（紙おむつを必要とする方）」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。

③要件確認欄の該当箇所に「○」を囲んでください。  
 ・介護保険被保険者証の要介護度と要介護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付できません。  
 ・介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の写しの添付は不要です。  
 【要件について】※要件確認欄に該当しない場合、**当事業の対象とはなりません。**  
 ・介護保険負担割合証に記載のある「利用者負担の割合が1割」かつ保険料段階が「第1段階～第3段階」の方  
 ・住民票上の世帯構成員全員が市民税非課税の方が当事業の対象となります。

④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。

⑤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。

(令和5年4月1日改訂)

神戸市紙おむつ支給事業申請書

神戸市長 宛

次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 5 年度	申請日	令和 5 年 4 月 1 日	
1.申請者 (神戸市に居住し介護している家族等) いない場合のみ利用者本人による申請可	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		
	(フリガナ)	コケ イチコ	生年月日	利用者との続柄
	氏名	神戸 市子	T・S・H 35年4月1日	長女 日中の連絡先 080-****-****
2.紙おむつ利用者	住民票の住所	〒652-0000 神戸市 兵庫 区 荒町0丁目0番0号		
	住んでいる住所	〒651-□□□□ 神戸市 西 区 桜台□丁目□番□号		
	(フリガナ)	コケ タロウ	生年月日	
	氏名	神戸 太郎	T・S 5年5月1日	
<small>※印の欄は押印不要です。</small>				
3.要件確認欄	現在の要介護状態区分	要介護 4 ・ ⑤		
	要介護認定期間	令和 5 年 1 月 1 日 ~ 令和 5 年 12 月 31 日		
	該当する箇所を○で囲んでください。	施設入所または入院	している ・ ①していない	
	生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給	している ・ ①していない		
	介護家族が市内に居住	①している ・ していない		
4.利用者の住民票上の世帯構成員	氏名	続柄	生年月日	<神戸市記入欄>
	神戸 太郎	利用者本人	T・S・H・R 5年5月1日	
	神戸 花子	妻	T・S・H・R 5年6月1日	
			T・S・H・R 年 月 日	
			T・S・H・R 年 月 日	
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。

※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5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3日 まで	10万円
~ 3月31日	4月14日 まで	
~ 4月14日	4月28日 まで	
~ 4月28日	5月16日 まで	
~ 5月15日	5月31日 まで	
~ 5月31日	6月15日 まで	
~ 6月15日	6月22日 まで	
6月16日 ~ 6月30日	7月14日 まで	7万5千円
~ 7月14日	7月31日 まで	
~ 7月31日	8月17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22日 まで	
9月19日 ~ 9月29日	10月18日 まで	5万円
~ 10月13日	10月31日 まで	
~ 10月31日	11月15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22日 まで	
12月18日 ~ 12月28日	1月17日 まで	2万5千円
~ 1月15日	1月31日 まで	
~ 1月31日	2月15日 まで	
~ 2月15日	2月29日 まで	
~ 2月29日	3月15日 まで	
~ 3月15日	3月22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。