

○一宮町ねたきり身体障害者等福祉手当支給事業実施要綱

平成13年4月1日

要綱第6号

改正 平成16年8月24日要綱第3号

平成27年12月28日告示第62号

(目的)

第1条 この要綱は、ねたきり身体障害者及び在宅重度知的障害者又はその家族が障害ゆえに生ずる負担を軽減するため、手当を支給し、社会福祉の増進を図ることを目的とする。

(受給資格)

第2条 この要綱の受給資格を有する者は、本町の住民基本台帳に記載されている者で、次の各号の一に該当する者とする。

- (1) 満20歳以上の在宅者で知事が交付する療育手帳の程度が((A))の1、((A))の2、((A))、Aの1、Aの2と判定された知的障害者又はその者と同居し、かつ介護している家族の1人とする。
- (2) 満20歳以上の在宅者で障害者相談センター所長の発行する判定書において重度と判定された知的障害者又はその者と同居し、かつ介護している家族の1人とする。
- (3) 居宅において、おおむね6ヶ月以上常に臥床し、入浴、食事、排便等日常生活のほとんどに人手を要する満20歳以上65歳未満の身体障害者又はその者と同居し、かつ介護している家族の1人とする。

2 前項の規定にかかわらず、特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）に基づく障害児福祉手当若しくは特別障害者手当若しくは国民年金法等の一部を改正する法律（昭和60年法律第34号）附則97条に規定する福祉手当の受給者若しくは介護保険法（平成9年法律第123号）第18条に規定する保険給付（当該年度通算して7日以内の短期入所生活介護及び短期入所療養介護の利用を除く。）を受けた者又はその者と同居し、かつ、介護している者には支給しないものとする。

3 第1項の規定にかかわらず、第1項各号に掲げる者又はその配偶者若しくはその生計を維持する民法上の扶養義務者の前年の所得税課税所得金額（各種所得控除後の額）が、当該月の特別障害者手当の所得制限限度額を超える者には支給しないものとする。

(手当の額)

第3条 手当の額は、予算の範囲内において町長の定める額とする。

(申請)

第4条 支給を受けようとする者は、ねたきり身体障害者等福祉手当支給申請書（別記第1号様式）及びねたきり身体障害者等現況届（別記第2号様式）により町長に申請するものとする。

2 ひきつづき福祉手当の支給を受ける場合は、ねたきり身体障害者等現況届（別記第2号様式）を町長に提出しなければならない。

(認定)

第5条 手当の支給を受けようとする者は、町長の認定を受けなければならない。

2 町長は、前条の申請に基づき手当の支給について認定したときは、ねたきり身体障害者福祉手当、在宅重度知的障害者福祉手当認定通知書（別記第3号様式）により通知するものとし、資格がないと認めたときは、ねたきり身体障害者等福祉手当支給申請却下通知書（別記第4号様式）により通知するものとする。

(支給方法)

第6条 手当の支給は、前条の規定による認定を受けた日の属する月の翌月から受給権を失った日の属する月まで支給する。

2 手当は、介護保険法第18条に規定する保険給付を受けた日（短期入所生活介護及び短期入所療養介護は、当該年度通算して8日目の利用日）の前日の属する月まで支給するものとし、原則として翌月以降は年度が替わっても支給対象としないものとする。

3 手当は、毎年9月、3月の2期にそれぞれの月までの分を支給するものとする。

(届出等)

第7条 手当の支給を受けている者が、次の各号の一に該当する場合は、すみやかに町長に届出なければならない。

(1) ねたきり身体障害者等及び介護者が死亡したとき。

(2) ねたきり身体障害者等及び介護者が町内に住所を有しなくなったとき。

2 ねたきり身体障害者等が前項の各号の一に該当するときは、支給要件を失う。

(未支払手当)

第8条 手当の支給を受けている者が死亡した場合において、その死亡した者に支払うべ

き手当で、その者に支払っていなかった手当があるときの支給方法については、次によるものとする。

- (1) 未支払の手当は、死亡した者の配偶者、相続人及び後見人又は町長が特に認めた者に支給する。
- (2) 未支払の手当の支給を受けようとする者は、ねたきり身体障害者等福祉手当未支払請求書（別記第5号様式）により町長に請求するものとする。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

（経過措置）

- 2 一宮町ねたきり老人等福祉手当支給要綱（昭和51年要綱第1号）は廃止する。
- 3 この要綱の施行に際し、現に一宮町ねたきり老人等福祉手当支給要綱により認定されている者にかかる手当の支給申請、決定その他の手続きは、この要綱の規定に基づいてなされたものとみなす。

附 則（平成16年8月24日要綱第3号）

この要綱は、公布の日から施行し、平成16年8月1日から適用する。

附 則（平成27年12月28日告示第62号）抄

（施行期日）

- 1 この告示は、平成28年1月1日から施行する。

別記第1号様式(第4条)

ねたきり身体障害者等福祉手当支給申請書

年 月 日

一宮町長 様

申請(介護)者 住 所  
氏 名 印  
個人番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

私は、一宮町ねたきり身体障害者等福祉手当支給事業実施要綱第4条の規定により手当の支給を受けたいので、申請いたします。

ねたきり 身体障害者 在宅重度知的障害者 の氏名	性別	男 女	申請者の 続柄	
生年月日	年 月 日生	年 齢	歳	
住 所	電 話			
ねたきりになった時期	年 月 日頃	ねたきりの 状 態	ヶ月	
備 考				
(注) 障害者は「視覚障害」「肢体不自由」のように記入し、身体障害者手帳の交付を受けている場合は、備考欄に交付年月日、手帳番号を記入してください。				

※福祉手当を介護人の下記口座に振り込んで下さい。

口 座 振 替 依 頼 欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ 口座名義人			

第2号様式(第4条)

ねたきり身体障害者等現況届

年 月 日

一宮町長 様

申請(介護)者 住 所  
氏 名 印

私は、下記の者を介護しておりますので、福祉手当を受給したく、ねたきり身体障害者等現況届を提出します。

ねたきり身体障害者の氏名 在宅重度知的障害者		生年月日	年 月 日	判定	
ねたきりになった時期		年 月 日頃			
ねたきりになった原因					
ねたきり 在宅 重度 知的 障害者 の 状況	精神状態	イ 正常 ハ かなり弛緩	ロ やや弛緩 ニ 異常		
	身体状態	イ 視力障害 ハ 肢体不自由(上・下・体幹) ニ 半身不随 (右・左)			
	世話を要する程度	食 事	1 自分一人で出来る 2 おかずなど細かくしてやれば自分で出来る 3 幼児程度に介助を要する 4 全部介助を要する		
		排 便	1 自分で出来る 2 自分で出来るが夜は便器を使う 3 夜おむつを使う 4 常時おむつを使う		
入 浴		1 自分で出来る 2 幼児程度に介助を要する 3 全然自分では入浴できない(清拭してもらう)			
民生委員の意見欄					

※記入方法は、該当箇所に○印でかこんで下さい。

第3号様式(1)(第5条)

ねたきり身体障害者福祉手当認定通知書	
受給者氏名	
受給者住所	長生郡一宮町
支給手当月額	円
支給開始年月	年 月 から
支払い方法	
備考	
<p>年 月 日付けで申請のありました、ねたきり身体障害者福祉手当の受給資格については、上記のとおり認定しましたので、通知いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">一宮町長 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span></p> <p style="text-align: center;">様</p>	

第3号様式(2)(第5条)

在宅重度知的障害者福祉手当認定通知書	
受給者氏名	
受給者住所	長生郡一宮町
支給手当月額	円
支給開始年月	年 月 から
支払い方法	
備考	
<p>年 月 日付けで申請のありました、在宅重度知的障害者福祉手当の受給資格については、上記のとおり認定しましたので、通知いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">一宮町長 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 2px;">印</span></p> <p style="text-align: center;">様</p>	

第4号様式(第5条)

ねたさき身体障害者等福祉手当支給申請却下通知書

第 号  
年 月 日

様

一宮町長



年 月 日付けで提出されました申請については、下記の理由により却下します。

(却下の理由)



第5号様式(第8条)

ねたきり身体障害者等福祉手当未支払請求書

死亡した受給者氏名		死亡日	年 月 日
住 所			
未 支 払 期 間	年 月から 年 月まで		
未 支 払 金 額	円		

上記の未支払分の<sup>ねたきり身体障害者</sup><sub>在宅重度知的障害者</sub>福祉手当を支給してください。

年 月 日

申請(介護)者 住 所  
氏 名 印  
(受給者との続柄)

一宮町長 様

別記第1号様式 (第4条)

第2号様式 (第4条)

第3号様式(1) (第5条)

第3号様式(2) (第5条)

第4号様式 (第5条)

第5号様式 (第8条)