

郡山市在宅重度障害者対策事業事務処理要領

(受給資格申請)

第1条 郡山市在宅重度障害者対策事業要綱（以下「要綱」という。）第3条に規定する在宅重度障害者対策事業の給付（以下「給付」という。）を受けようとする者又は家族の者は、あらかじめ在宅重度障害者対策事業受給資格申請書（第1号様式）に要綱第2条の一に該当することを明らかにする医師の証明書を添えて市長に提出するものとする。

(受給の決定)

第2条 市長は前条の規定による申請に基づいて必要な審査を行い、在宅重度障害者対策事業の給付を受けることができる者として認定したときは、申請者に在宅重度障害者対策事業受給決定通知書（以下「受給決定通知書」という。）（第2号様式）を交付するものとする。

2 前項の受給者証の交付日は、市長が認定日の属する月の翌月の初日（受給を決定した日が月の初日であるときは、その日）とする。

(資格の喪失)

第3条 受給者は、次の各号のいずれかに該当するに至ったときは、速やかに在宅重度障害者対策事業給付券受給資格喪失届（以下「喪失届」という。）（第3号様式）に給付券を添えて、その旨を届け出なければならない。

(1) 死亡したとき。

(2) 施設に入所したとき。

(3) 要綱第2条に規定する「在宅重度障害者」でなくなったとき。

2 受給者が死亡したときは、戸籍法（昭和22年法律第224号）に定める死亡の届出義務者は、速やかに前項の喪失届に給付券を添えて届け出るものとする。

(変更の届出)

第4条 受給者は、次の各号に掲げる場合には、速やかに在宅重度障害者対策事業変更届（第4号様式）により、その旨を届け出なければならない。

(1) 氏名を変更したとき。

(2) 郡山市内で住所を変更したとき。

(取扱薬局・薬店の登録)

第5条 登録を希望する市内の薬局等は、在宅重度障害者対策事業取扱薬局・薬店（以下、「取扱薬局・薬店」という。）登録書（第5号様式）を市長へ提出するものとする。

2 市長は、前項の規定による提出があったときは、前項により提出のあった当該月の翌月末日までに取扱い薬局・薬店の登録を行うものとする。

(給付及び支払)

第6条 市長は、要綱第2条に該当する受給者に対し、在宅重度障害者対策事業給付券（以下「給付券」という。）（第6号様式）を発行する。ただし、給付券発行後の紛失については原則として再発行しないものとする。

2 受給者は、要綱別表に定める品目の物品を、取扱薬局・薬店に給付券を提出し受領するものとする。

3 取扱薬局・薬店は、前項による給付券の提出があったものについて、前月において提出があった在宅重度障害者対策事業給付内訳書（第7号様式）を添付して、在宅重度障害者対策事業給付請求書（第8号様式）より毎月5日までに市長へ提出するものとする。

4 市長は、前項の規定による提出があったときは、前項により提出のあった当該月の末日までに取扱薬局・薬店に支払うものとする。

(給付及び支払)

(給付の停止)

第7条 受給者は、1ヶ月以上の入院をしたときは、速やかに在宅重度障害者対策事業給付券返還届(以下、「返還届」という。)(第9号様式)に給付券を添えて、その旨を届け出なければならない。

(委任)

第8条 この要領に定めるもののほか、要領の実施に関して必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この要領は、昭和56年7月30日から施行する。

附 則

この要領は、昭和62年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成元年7月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成6年4月1日から施行する。

附 則

この要領は、平成16年4月1日から施行する。

附 則

この事務処理要領は、平成23年1月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

1 この要領は、令和2年4月1日から施行する。

(経過措置)

2 この要領の施行の際現に提出されている改正前の様式により使用されている書類は、改正後の様式によるものとみなす。

3 この要領の施行の際現に改正前の様式の規定に基づき作成されている用紙は、当分の間、所要の調整をして使用することができる。

第1号様式

在宅重度障害者対策事業受給資格申請書

平成 年 月 日

郡山市長

〒
住所 郡山市

申請者 氏名

電話 (—)

受給者	ふりがな氏名			生年月日	明・大 昭・平	年	月	日
	住所	郡山市						
保護者	障害名 障害程度	級	身障手帳 交付月日	昭和 平成	年	月	日	
	ふりがな氏名							
現在の症状	治療材料			衛生材料				
	1 障害の有無 (1) 知覚障害 有 無 (2) 膀胱・直腸麻痺 有 無 (3) 運動麻痺 有 無 2 症状 (1) 褥瘡 有 無 (2) 尿路感染症 有 無 (3) 膀胱炎 有 無 (4) 排泄障害 有 無 (5) その他 有 無			1 人工肛門 有 無 2 人工膀胱 有 無				
受給資格 審査結果	治療材料	該当・非該当	理由	1の				
	衛生材料	該当・非該当	理由	2の に該当するから				

平成 年 月 日

様

郡山市長

在宅重度障害者対策事業受給決定通知書

年 月 日付けで申請のあった在宅重度障害者対策事業受給資格申請について、下記のとおり決定しましたので通知します。

なお、今回は、年 月分から年 月分まで送付いたします。

記

受給者記号番号	郡山市
給付区分	
認定日	
備考	

※ 注 意 事 項

- 1 受給の資格がなくなったときは、速やかに喪失届を提出してください。
 - (1) 死亡したとき。
 - (2) 施設に入所したとき。
 - (3) 症状が良化し、治療材料又は衛生材料の使用の必要がなくなったとき。
- 2 1ヶ月以上の入院した場合には、給付券を使用することができませんので、給付券を添えて返還届を提出してください。
- 3 偽り、その他不正の行為によって給付を受けたときは、その一部又は全部を返還しなければなりません
- 4 給付券は金券ですので、紛失されても再発行できませんので、御注意ください。

第3号様式

在宅重度障害者対策事業受給資格喪失届

平成 年 月 日

郡山市長

住所 郡山市

申請者 氏名 ⑩

電話 (—)

下記のとおり、在宅重度障害者対策事業の受給資格を喪失したので、給付券を添えて届けます。

受 給 者	受 給 者 記 号 番 号	郡山市
	氏 名	
	住 所	郡山市
喪 失 理 由 (該当する事項を ○でかこんでく ださい。)	<ol style="list-style-type: none">1 死亡した。2 施設に入所した。3 症状が良化し、衛生材料又は治療材料の使用の必要がなくな った。	
喪 失 年 月 日	平成 年 月 日	

第4号様式

在宅重度障害者対策事業受給者変更届

平成 年 月 日

郡山市長

住所 郡山市

申請者 氏名

印

電話 (—)

下記のとおり、氏名・住所に変更がありましたので、届けます。

受給者	受給者 記号番号	郡山市	
	氏名		
	住所	郡山市	
変更事項	旧氏名		
	旧住所		
変更年月日			

第5号様式

在宅重度障害者対策事業取扱薬局・薬店登録書

平成 年 月 日

郡山市長

会社名
 申請者 代表者名 ⑩
 住所
 電話

在宅重度障害者対策事業の精算金は、下記の口座に振り込んでください。

記

金融機関名		
支店名		
預金種類		
口座番号		
口座名義人	フリガナ	
	名義人	
登録番号	※	

※ 記入しないでください。

上記の申請について、取扱薬局・薬店として登録してよろしいか伺います。							
起 案			決 裁			施 行	
決 裁	課 長	課長補佐	係 長	係	員	担 当	施 行

郡山市在宅重度障害者対策事業

治療材料給付券

平成 年 月分

受給者 番号		受給者 氏名	
給付区分	治療材料		
<p>(給付品目)</p> <p>消毒液・脱脂綿・油紙・両面バンソーコー・バンソーコー・ゴム手袋・ガーゼ・綿球・ピンセット・安楽尿器・バット・浣腸液・円座・紙おむつ・おむつカバー・医療用ソフトシート・清拭剤・ネル</p> <p style="text-align: right;">郡山市長印</p> <p>(使用上の注意等)</p> <ol style="list-style-type: none">この券を市内の取扱薬局・薬店に提出して物品を受け取ってください。この券に記載してある品目以外の物品を購入することはできません。3,000円を越えた分は、自己負担になります。この券は、上記に表示してある月以外は使用できません。指定してある月を過ぎたものは使用できませんので返還してください。この券は、在宅の場合についてのみ使用できますので、施設入所中や入院中は使用できません。偽り、その他不正にこの券を使用したときは、その一部又は全部に相当する金額を返還していただくこととなります。この券を他人に譲渡したり、担保にすることはできません。受給者が次のいずれかに該当する場合は、給付券を添えて届出してください。<ol style="list-style-type: none">死亡したとき。施設に入所したとき。症状が良化し、治療材料の使用の必要がなくなったとき。			

給付券取扱薬局・薬店各位

在宅重度障害者対策事業の治療材料の受給者ですので、3,000円の範囲内で物品を給付してください。

なお、代金の請求方法は、市の請求書により提出することになりますので、郡山市障がい福祉課〈電話 924-2381〉まで問い合わせください。

郡山市在宅重度障害者対策事業

衛生材料給付券

平成 年 月分

受給者 番号		受給者 氏名	
給付区分	衛生材料		
<p>(給付品目)</p> <p>人工肛門及び人工膀胱造設者用の接着式袋・ベルト・入浴パック・腹巻・ 皮膚保護用パック・リング・医療用ソフトシート・伸縮性バンソーコー・ 消毒液・消毒綿・採尿バック・洗浄液バック・両面粘着シート・脱臭剤・ ガーゼ・油紙</p> <p style="text-align: right;">郡山市長印</p> <p>(使用上の注意等)</p> <ol style="list-style-type: none">この券を市内の取扱薬局・薬店に提出して物品を受け取ってください。この券に記載してある品目以外の物品を購入することはできません。4,000円を越えた分は、自己負担になります。この券は、上記に表示してある月以外には使用できません。指定してある月を過ぎたものは使用できませんので返還してください。この券は、在宅の場合についてのみ使用できますので、施設入所中や入院中は使用できません。偽り、その他不正にこの券を使用したときは、その一部又は全部に相当する金額を返還していただくこととなります。この券を他人に譲渡したり、担保にすることはできません。受給者が次のいずれかに該当する場合は、給付券を添えて届出してください。<ol style="list-style-type: none">死亡したとき。施設に入所したとき。症状が良化し、衛生材料の使用の必要がなくなったとき。			

給付券取扱薬局・薬店各位

在宅重度障害者対策事業の治療材料の受給者ですので、4,000円の範囲内で物品を給付してください。

なお、代金の請求方法は、市の請求書により提出することになりますので、郡山市障がい福祉課〈電話 924-2381〉まで問い合わせください。

郡山市在宅重度障害者対策事業

治療材料内訳書

平成 年 月分を平成 年 月 日 (受給者番号
受給者氏名
及び生年月日) に

お渡しした品目の内訳は下記のとおりです。

記

給付品目	品目	単位	数量	単価	金額
消毒液					
脱脂綿					
油紙					
両面バンソーコー					
バンソーコー					
ゴム手袋					
ガーゼ					
綿球					
ピンセット					
安楽尿器					
バット					
浣腸液					
円座					
紙おむつ					
おむつカバー					
医療用ソフトシート					
清拭剤					
ネール					
(自 己 負 担)					△
計					

取扱薬局薬店名	業者番号

郡山市在宅重度障害者対策事業

衛生材料内訳書

平成 年 月分を平成 年 月 日 (受給者番号
受給者氏名
及び生年月日) に

お渡しした品目の内訳は下記のとおりです。

記

給付品目	品目	単位	数量	単価	金額
人工肛門用袋					
人工膀胱用袋					
ベルト					
入浴パック					
腹巻					
皮膚保護用パック					
リング					
医療用ソフトシート					
伸縮性バンソーコー					
消毒液					
消毒綿					
採尿パック					
洗浄液パック					
両面粘着シート					
脱臭剤					
ガーゼ					
油紙					
(自 己 負 担)					△
計					

取扱薬局薬店名	業者番号

在宅重度障害者対策事業請求書

平成 年 月 日

郡山市長

会社名
請求者 代表者名 ⑩
住所
電話

在宅重度障害者対策事業事務処理要領に基づき、内訳書を添えて、下記のとおり請求します。

記

登録番号				
請求内容	衛生材料	単価	枚数	合計
		3,000		
	治療材料	単価	枚数	合計
		4,000		
合計				

在宅重度障害者対策事業給付券返還届

平成 年 月 日

郡山市長

住所 郡山市

申請者 氏名

印

電話 (—)

下記のとおり、在宅重度障害者対策事業給付券を返還いたします。

受 給 者	受 給 者 記 号 番 号	郡山市
	氏 名	
	住 所	郡山市
入 院	1 入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 2 入院先 3 給付券の返還期間 年 月分 ~ 年 月分	