

熊本市高齢者介護用品支給事業実施要綱

制定	平成12年	9月	1日	健康福祉局長決裁
改正	平成12年	9月29日	健康福祉局長決裁	
	平成14年	4月	1日	健康福祉局長決裁
	平成16年	8月	1日	健康福祉局長決裁
	平成20年	4月	1日	健康福祉局長決裁
	平成22年	4月	1日	健康福祉局長決裁
	平成22年10月	8日	高齢介護福祉課長決裁	
	平成23年	4月	1日	健康福祉局長決裁
	平成23年	7月	1日	高齢介護福祉課長決裁
	平成26年	4月	1日	健康福祉子ども局長決裁
	平成29年10月19日			健康福祉局長決裁
	平成31年	3月20日		健康福祉局長決裁
	令和4年	6月20日		高齢福祉課長決裁
	令和5年	3月	1日	高齢福祉課長決裁
	令和6年	3月22日		高齢福祉課長決裁
	令和6年	7月	1日	高齢福祉課長決裁

(目的)

第1条 この要綱は、本市に居住する在宅の高齢者（40歳以上65歳未満の者であって特定疾病に該当する者を含む。以下同じ）を介護している家族に対して、紙おむつ等の介護用品（以下「紙おむつ等」という。）を支給することにより、寝たきり高齢者等の福祉及び衛生の向上と、介護者の負担軽減を図ることを目的とする。

(対象者)

第2条 次の各号のすべてに該当する者（以下「支給対象要介護者」という。）を介護している家族に対し、紙おむつ等を支給することができる。

- (1) 住民基本台帳法（昭和42年法律第81号）に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者（以下「住民基本台帳に記録されている者」という。）
- (2) 介護保険法（平成9年法律第123号）第19条第1項に規定する要介護認定において、要介護度4又は5と判定された者
- (3) 市民税非課税世帯に属する者
- (4) 在宅生活において紙おむつ等が必要な者

2 前項に規定する家族とは、次の各号のすべてに該当する者とする。

- (1) 住民基本台帳に記録されている者
- (2) 市民税非課税世帯に属する者

(支給品目)

第3条 支給対象となる紙おむつ等の品目は、別表のとおりとする。

(支給の申請)

第4条 紙おむつ等の支給を希望する者は、熊本市高齢者介護用品支給申請書（様式第1号）に、所得照会同意書（様式第1号の2）を添えて市長に提出しなければならない。

2 次条の規定により紙おむつ等の支給の決定を受けた者であって、当該決定を受けた日の属する年度の翌年度も引き続き紙おむつ等の支給を希望するものは、毎年4月の支給の前までに、更新申請書（様式第1号の3）を市長に提出しなければならない。

(支給の決定及び却下)

第5条 市長は、前条第1項に規定する申請書が提出されたときは、申請内容を審査のうえ、紙おむつ等の支給の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の審査に当たり、次の各号に掲げる者の所得の照会を行うものとする。

- (1) 支給対象要介護者
- (2) 紙おむつ等の支給を希望する者（以下「申請者」という。）
- (3) 支給対象要介護者又は申請者と同一の世帯に属する者（支給対象要介護者と申請者が同一の世帯に属し、かつ、当該世帯に属する者が他にいない場合を除く。）

3 市長は、第1項の規定により支給の可否を決定したときは、申請者に対し高齢者介護用品支給決定通知書（様式第2号）又は高齢者介護用品支給却下決定通知書（様式第3号）により通知するものとする。

(変更申請)

第6条 前条の規定による紙おむつ等の支給決定を受けた者（以下「受給者」という。）は、次の各号のいずれかに該当するときは、速やかに高齢者介護用品変更申請書（様式第4号）（以下「変更申請書」という。）を市長に提出しなければならない。

- (1) 市内で転居をしたとき。
- (2) 支給品目を変更するとき。
- (3) 取扱業者を変更するとき。

2 市長は、前項の変更申請書が提出されたときは、申請内容を審査のうえ高齢者介護用品支給変更決定通知書（様式第5号）（以下「変更通知書」という。）により受給者に通知するものとする。

(廃止の届出)

第7条 受給者は、次の事項が発生したときは、速やかに高齢者介護用品廃止届（様式第6号）（以下「廃止届」という。）を市長に提出しなければならない。

- (1) 在宅生活でなくなったとき（死亡、施設入所、長期入院等）。
- (2) 市外へ転出したとき。
- (3) 介護認定が要介護度4又は5に該当しなくなったとき。
- (4) 市民税課税世帯となったとき。
- (5) 前各号に掲げるもののほか、紙おむつ等が必要でなくなったとき。

2 市長は、前項の届出を受理したときは、高齢者介護用品支給廃止通知書（様式第7号）により受給者に通知するものとする。

(紙おむつ等の支給)

第8条 紙おむつ等の支給は、熊本市が契約する取扱業者（以下「取扱業者」という。）により行うものとする。

(取扱業者への通知)

第9条 市長は、第5条の規定により紙おむつ等の支給を決定したときは、取扱業者に対して高齢者介護用品支給委託決定通知書（様式第8号）（以下「委託決定通知書」という。）により通知するものとする。

2 前項の規定により通知を受けた取扱業者は、速やかに受給者に対して第3条の紙おむつ等を納品するものとする。

3 市長は、第6条第2項の規定により変更を決定したときは、取扱業者に対して高齢者介護用品支給委託変更決定通知書（様式第9号）（以下「委託廃止決定通知書」という。）により通知するものとする。

4 前項の規定により通知を受けた取扱業者は、委託変更決定通知書に基づき第3条の紙おむつ等を納品するものとする。

5 市長は、廃止届を受理したときは、取扱業者に対して高齢者介護用品支給委託廃止決定通知書（様式第10号）（以下「委託廃止決定通知書」という。）により通知するものとする。

6 前項の通知を受けた取扱業者は、委託廃止決定通知書に基づき第3条の紙おむつ等の納品を中止するものとする。

(支給の方法)

第10条 紙おむつ等の支給は、現物支給とし、支給単位は1パックとする。

2 支給は、4月、6月、8月、10月、12月、2月を基準月とし、2か月分を一括支給するものとする。ただし、支給開始決定日によっては、1か月又は3か月分の支給も認めるものとする。

(支給の限度額)

第11条 紙おむつ等の1月あたりの支給限度額は、6,250円とする。

(譲渡等の禁止)

第12条 受給者は、支給を受けた紙おむつ等を第三者に譲渡し、又は貸与してはならない。

(その他)

第13条 この要綱に定めるもののほか、この事業の実施にあたって必要な事項は別に定めるものとする。

附 則

この要綱は、平成12年9月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成12年9月29日から施行する。

附 則

この要綱は、平成14年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成16年8月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成22年10月8日から施行する。

附 則
この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成23年7月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則
この要綱は、平成29年10月30日から施行する。

附 則
この要綱は、平成31年3月20日から施行する。

附 則
この要綱は、令和4年7月1日から施行する。

附 則
この要綱は、令和5年3月1日から施行する。

附 則
この要綱は、令和6年3月22日から施行する。

附 則
この要綱は、令和6年7月1日から施行する。

別表（第3条関係）

1 支給品目

	品 名
1	尿取りパット（レギュラー）
2	尿取りパット（スーパー）
3	夜用パッド（レギュラー）
4	はくパンツタイプの紙おむつ
5	テープ止めタイプの紙おむつ（レギュラー）
6	テープ止めタイプの紙おむつ（スーパー）
7	フラットタイプの紙おむつ（レギュラー）
8	フラットタイプの紙おむつ（スーパー）
9	おしりふき
10	夜用パッド（スーパー）

(様式第1号)

熊本市高齢者介護用品支給申請書

年 月 日

熊本市長 宛

申請者： 住所
氏名
利用者との続柄 TEL

次のとおり、熊本市高齢者介護用品（紙おむつ等）の支給を受けたいので申請します。
なお、支給決定に必要な場合、世帯全員の課税状況を調査・閲覧されることに同意します。

利用者	氏名(フリガナ)：		性別：	
			男 ・ 女	
	住所： 熊本市		電話：	
	生年月日： M . T . S 年 月 日		年齢： 歳	
	介護認定： 4 ・ 5	介護保険証有効期限： 年 月 日～ 年 月 日		

品 目 名	品目番号	支給申請品目	1ヶ月の枚数	1ヶ月の金額(円)
利用業者名			支給合計額	

世帯状況	同居 ・ 別居	
利用者世帯課税状況	非課税世帯 ・ 課税世帯	課税者名： (続柄)

備考(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所の情報等)			
地域包括支援センター名() 担当者名() TEL()			
居宅介護支援事業所名() 担当者名() TEL()			

熊本市長 様

(様式第 1 号の 2)

年 月 日

同 意 書

下記の者は、熊本市高齢介護福祉課が熊本市高齢者介護用品支給事業の実施に関する規則（事務処理要綱）第 4 条に基づく事務手続きを処理するために限って 年度
地方税関係情報について取得することを同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限り同意することを申し添えます。

※申請者と同居の方は口をチェックしてください。

※裏面もあります。(必ず裏面をお読みください。)

支給対象 要介護者 (利用者)	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居

同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居
同意者	申請者との続柄	
	フリガナ	
	氏名	
	生年月日	
	住所	☐ 申請者と同居

記載要領

①原則として同意する者が自ら署名を行うこと。

※小中学生以下の同意書は不要です。

②代理人が同意書に署名する場合、本人から委任状をとること。

※ただし、本人が高齢等で署名が出来ない場合は、申請者が代筆して構わない。その際
本人署名の横に「代筆・続柄・代筆者のフルネーム」の記載をすること。

例) 代筆・長女・肥後 さくら

③申請書等に同意が必要な者の住所を記入している場合、同意書への住所の記入は省略してもよい。

④同意が必要な者の数が書名欄より多い場合は欄外に記載して差し支えない。

(欄外)

熊本市高齢者介護用品支給更新申請書

年 月 日

熊本市長 宛

申請者: 住所

氏名

利用者との続柄

TEL

次のとおり、熊本市高齢者介護用品(紙おむつ等)の支給を受けたいので申請します。

なお、支給決定に必要な場合、世帯全員の課税状況を調査・閲覧されることに同意します。

利用者	登録番号:	氏名(フリガナ):	
	住所:	電話:	
	性別:	生年月日:	

希望する内容

更新年月日		☐	変更なしで更新
-------	--	--------------------------	---------

○支給品目の変更

	品目番号	支給品目名	1ヶ月の枚数	1ヶ月の金額
(現)支給品目				
(新)支給品目				

○市内転居

変更後の住所		電話	
--------	--	----	--

○支給業者の変更

(現)支給業者		(新)支給業者	
---------	--	---------	--

○介護者の変更

住所: 熊本市	電話:
氏名(フリガナ):	利用者との続柄:
世帯状況: 同居 ・ 別居	課税状況: 非課税世帯 ・ 課税世帯

備考

納品業者:	担当:
地域包括支援センター:	担当:
居宅介護支援事業所:	担当:

様式第2号

〒

-

発第

号

令和

年

月

日

様

熊本市長

熊本市高齢者介護用品支給決定通知書

申請日付 年 月 日

上記日付で申請のありました件につきまして、次のとおり決定しましたので通知します。

登録番号				登録決定日	令和 年 月 日	
申請者	氏名				続柄	
	性別		住所	電話番号 -		
利用者	氏名				生年月日	
	性別		住所	電話番号 -		

一ヶ月に 給付する 用品等	番号	形式及び規格	枚数	金額
				合計

※限度額6,250円を超える金額については、自己負担となります。

納品業者		電話番号	
納品業者住所			

※ 注意事項

- 1 支給月は原則として、4月、6月、8月、10月、12月、2月の偶数月に2ヶ月分を一度に支給いたします。
ただし、支給決定日より、1ヶ月支給・3ヶ月支給もあります。
- 2 納品の日時は上記の納品業者と連絡を取り、決めてください。
- 3 紙おむつ等の正しい使用方法などをの不明な点は納品業者に気軽にお尋ねください。
- 4 利用者が次のいずれかに該当するに至った場合は、必ず下記の地域包括支援センターにご連絡下さい。
①支給品を変更したいとき ②入院や入所 ③その他在宅でなくなったとき ④要介護区分が変更したとき
⑤課税世帯になったとき

熊本市高齢者支援センターささえりあ	電話番号
-------------------	------

(申請者名) 様

熊本市長 大西 一史

(○区役所福祉課扱い)

熊本市高齢者介護用品支給却下決定通知書

先に申請がありました高齢者介護用品の支給につきましては、審査の結果却下することに決定いたしましたので通知します。

利用者氏名 ○○ ○○

却下理由

【根拠条項】 熊本市高齢者介護用品支給事業実施要綱第2条第○項第○号

第2条 次の各号のすべてに該当する者（以下「支給対象要介護者」という。）を介護している家族に対し、紙おむつ等を支給することができる。

- (1) 住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づき本市の住民基本台帳に記録されている者（以下「住民基本台帳に記録されている者」という。）
- (2) 介護保険法(平成9年法律第123号)第19条第1項に規定する要介護認定において、要介護度4又は5と判定された者
- (3) 市民税非課税世帯に属する者
- (4) 在宅生活において紙おむつ等が必要な者

2 前項に規定する家族とは、次の各号のすべてに該当する者とする。

- (1) 住民基本台帳に記録されている者
- (2) 市民税非課税世帯に属する者

本件は・・・

※具体的な事実を記載して下さい。

～という状態であり、この第2条第○項第○号に該当しないため。

(教示)

1 審査請求について

この処分に不服がある場合は、処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内に、熊本市長に対して審査請求をすることができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して3か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、審査請求をすることができなくなります。）。

2 取消しの訴えの提起について

この処分については、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に、熊本市を被告として（訴訟において熊本市を代表する者は熊本市長となります。）、処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、この処分があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

ただし、この処分について審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内に処分の取消しの訴えを提起することができます（なお、当該審査請求に対する裁決があったことを知った日の翌日から起算して6か月以内であっても、当該審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

【問合わせ先】

○区役所福祉課 ○○班

T E L : 096-

F A X : 096-

熊本市高齢者介護用品支給変更申請書

年 月 日

熊本市長 宛

申請者: 住所

氏名

利用者との続柄

TEL

次のとおり変更があったので申請します。

なお、支給決定に必要な場合、世帯全員の課税状況を調査・閲覧されることに同意します。

利用者	登録番号:	氏名(フリガナ):	
	住所:	電話:	
	性別:	生年月日:	

希望する変更内容

変更希望年月日	年 月 日
---------	-------

○市内転居

変更後の住所	電話
--------	----

○支給品目の変更

	品目番号	支給品目名	1ヶ月の枚数	金額
(現)支給品目				
(新)支給品目				

○支給業者の変更

(現)支給業者	(新)支給業者
---------	---------

○介護者の変更

住所: 熊本市	電話:
氏名(フリガナ):	利用者との続柄:
世帯状況: 同居 ・ 別居	課税状況: 非課税世帯 ・ 課税世帯

備考

納品業者:

地域包括支援センター: 担当:

居宅介護支援事業所: 担当:

〒 発第 号
令和 年 月 日

様

熊本市長

熊本市高齢者介護用品支給決定(変更)通知書

申請日付 令和 年 月 日

上記日付で申請のありました件につきまして、次のとおり決定(変更)しましたので通知します。

登録番号				登録決定日	令和 年 月 日	
申請者	氏名				続柄	
	性別		住所			電話番号 —
利用者	氏名				生年月日	
	性別		住所			電話番号 —
介護者	氏名				続柄	
	性別		住所			電話番号 —

一ヶ月に給付する用品等	番号	形式及び規格	枚数	金額
				合計

※限度額6,250円を超える金額については、自己負担となります。

納品業者		電話番号	
納品業者住所			

※ 注意事項

- 1 支給月は原則として、4月、6月、8月、10月、12月、2月の偶数月に2ヶ月分を一度に支給いたします。
ただし、支給決定日より、1ヶ月支給・3ヶ月支給もあります。
- 2 納品の日時は上記の納品業者と連絡を取り、決めてください。
- 3 紙おむつ等の正しい使用方法などをの不明な点は納品業者に気軽にお尋ねください。
- 4 利用者が次のいずれかに該当するに至った場合は、必ず下記の地域包括支援センターにご連絡下さい。
①支給品を変更したいとき ②入院や入所 ③その他在宅でなくなったとき ④要介護区分が変更したとき
⑤課税世帯になったとき

熊本市高齢者支援センターささえりあ	電話番号
-------------------	------

熊本市高齢者介護用品支給廃止届

年 月 日

熊本市長 宛

届出者：住所

氏名

利用者との続柄

TEL

次のとおり、利用廃止となりましたのでお届けします。

利用者	登録番号：	氏名(フリガナ)	
	住所：	電話：	
	性別：	生年月日：	

廃止年月日	年 月 日
-------	-------

○廃止理由

1. 死亡	年 月 日	5. 介護認定の変更	介護度 →
2. 施設入所	施設名：	6. 必要なくなった	
3. 長期入院	病院名：	7. 課税世帯となった	
4. 市外転出	8. その他		

備考

納品業者：_____

地域包括支援センター：_____ 担当：_____

居宅介護支援事業所：_____ 担当：_____

様式第7号

〒
様

発第
令和 年 月 日

号

熊本市長

熊本市高齢者介護用品支給廃止通知書

登録番号						
申請者	氏名				続柄	
	性別		住所			電話番号 -
利用者	氏名				生年月日	
	性別		住所			電話番号 -
納品業者					電話番号	
納品業者住所						

上記の支給につきまして、次のとおり廃止決定しましたので通知します。

廃止決定年月日	令和 年 月 日
廃止の理由	

下

—

発第
令和 年 月 日

号

御中

熊本市長

熊本市高齢者介護用品支給事業決定通知書

下記の者について、介護用品の支給を決定しましたので通知します。

登録番号			登録決定日		令和 年 月 日	
申請者	氏名				続柄	
	性別		住所			電話番号 —
利用者	氏名				生年月日	
	性別		住所			電話番号 —

一ヶ月に 給付する 用品等	番号	形式及び規格	枚数	金額
	合計			

※限度額6,250円を超える金額については、自己負担となります。

熊本市高齢者支援センターささえりあ	電話番号
その他連絡先	

- ※ 注意事項
- 1 紙おむつ等の支給は1パックを単位といたします。 衛生上の問題もありますので、ばらでの支給はおこなわないようにしてください。
- 2 2ヶ月1回の支給ですので、必ずしも1ヶ月のパック支給ではなく、2ヶ月でのパック数を計算し支給することは可能です。

〒 発第 号
令和 年 月 日

御中

熊本市長

熊本市高齢者介護用品支給決定(変更)通知書

下記の者について、介護用品の支給を決定(変更)しましたので通知します。

登録番号				登録決定日	令和 年 月 日	
申請者	氏名				続柄	
	性別		住所			電話番号 —
利用者	氏名				生年月日	
	性別		住所			電話番号 —
介護者	氏名				続柄	
	性別		住所			電話番号 —

一ヶ月に給付する用品等	番号	形式及び規格	枚数	金額
				合計

※限度額6,250円を超える金額については、自己負担となります。

熊本市高齢者支援センターささえりあ	電話番号
その他連絡先	

※ 注意事項

- 紙おむつ等の支給は1パックを単位といたします。衛生上の問題もありますので、ばらでの支給はおこなわないようにしてください。
- 2ヶ月1回の支給ですので、必ずしも1ヶ月のパック支給ではなく、2ヶ月でのパック数を計算し支給することは可能です。
- 介護者の変更があった場合、今後の支給は新しく介護者となられた方に対してお願いします。

〒

－

発第
令和 年 月 日 号

御中

熊本市長

熊本市高齢者介護用品支給廃止通知書

登録番号						
申請者	氏名				続柄	
	性別		住所			電話番号 －
利用者	氏名				生年月日	
	性別		住所			電話番号 －

上記の支給につきまして、次のとおり廃止決定しましたので通知します。

廃止決定年月日	令和 年 月 日
廃止の理由	