

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（家庭内排痰補助装置助成事業）実施要綱

（趣旨）

第1条 この要綱は、鳥取県障がい児者等在宅生活支援事業補助金交付要綱（平成15年11月28日付障第1145号鳥取県知事通知）の別表の第1欄に掲げる鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業のうち家庭内排痰補助装置助成事業（以下「事業」という。）の実施について、必要な事項を定めるものとする。

（定義）

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- （1）神経・筋疾患 神経系の難病（筋萎縮性側索硬化症（ALS）等）及び筋萎縮症（筋ジストロフィー等）の総称をいう。
- （2）排痰補助装置 肺に貯留した分泌物を効果的に排出することができる医療器具をいう。

（目的）

第3条 この要綱は、神経・筋疾患又は脊髄損傷若しくは脳原性麻痺に起因する痙直型四肢麻痺等による慢性呼吸不全の症状のため常時又は随時排痰が必要な在宅の身体障がい者及び身体に障がいのある児童（以下「重度身体障がい児者等」という。）に対して、排痰補助装置の賃借に要する経費（以下「排痰補助装置に係るリース料」という。）の一部を助成することにより、重度身体障がい児者等の日常生活の便宜を図るとともにその家族の負担を軽減し、もって在宅福祉の増進に資することを目的とする。

（実施主体）

第4条 事業の実施主体は、市町村とする。

（対象となる医療器具）

第5条 事業の対象となる医療器具は、排痰補助装置とする。

（対象者）

第6条 事業の対象者は、次のいずれにも該当する重度身体障がい児者等とする。ただし、医療保険制度により排痰補助装置加算が適応される場合は、当該事業の支給対象外とする。

- （1）県内に居住し、在宅生活を送っていること。
- （2）身体障害者手帳の交付を受けていること。
- （3）神経・筋疾患のため、又は脊髄損傷若しくは脳原性麻痺に起因する痙直型四肢麻痺等による慢性呼吸不全の症状のため、常時又は随時排痰を行う必要があること。

（支給申請）

第7条 排痰補助装置に係るリース料の一部の助成を受けようとする重度身体障がい児者等（その者が児童である場合にあっては、その者に係る保護者）は、支給申請書（様式第1号）に次に掲げる書類を添付して、居住地の市町村に提出するものとする。

- （1）神経・筋疾患又は脊髄損傷や脳原性麻痺に起因する痙直型四肢麻痺等で慢性呼吸不全であることが確認できる書類
- （2）排痰補助装置の性能が分かるもの（カタログ、パンフレット等）
- （3）1月当たりの排痰補助装置に係るリース料の額が分かるもの（見積書等）

（支給の決定等）

第8条 市町村は、前条の規定による申請があったときは、速やかに、その必要性を検討し、支給の要否を決定するものとする。

2 市町村は、支給することを決定したときは、申請者に対してその旨通知（様式第2号）をするものとする。

（台帳の整備）

第9条 市町村は、支給決定の状況を明確にするため、支給管理台帳（様式第3号）を整備するものとする。

(リース料の請求及び支払)

- 第 10 条 第 8 条第 2 項の支給決定を受けた申請者（以下「支給決定者」という。）は、排痰補助装置のリースをした事業者（以下「リース事業者」という。）に排痰補助装置に係るリース料を全額支払い、リース事業者から領収書の発行を受けるものとする。
- 2 支給決定者は、排痰補助装置に係るリース料のうち本事業の対象となる経費の 3 分の 2 相当額を、領収書の写しを添付して、請求書（様式第 4 号）により居住地の市町村に請求するものとする。
 - 3 市町村は、支給決定者から請求があった場合には、提出された請求内容を審査の上原則として、請求があったその都度、利用者に対して支払いを行うものとする。

(代理受領)

- 第 11 条 市町村は、支給決定者の利便性を考慮し、第 10 条によらず、支給決定者に支給すべき額の限度において、支給決定者の代わりに排痰補助装置に係るリース料をリース事業者に支払うことができる。
- 2 代理受領により排痰補助装置に係るリース料の公費負担額の支払いを行う場合は、支給決定者は、請求書（様式第 4 号）に支給決定者からの委任状（様式第 5 号）を添えて市町村に提出する。
 - 3 市町村は支給決定者から請求書及び委任状の提出があった場合には、提出された請求な内容を審査の上、原則として、請求があったその都度、リース事業者に支払うものとする。

(その他)

第 12 条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は福祉保健部長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成 16 年 5 月 27 日から施行し、同年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この改正は、平成 19 年 10 月 22 日から施行し、平成 19 年 8 月 1 日から適用する。

附 則

この改正は、平成 23 年 10 月 13 日から施行し、平成 23 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

この改正は、平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

この改正は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（家庭内排痰補助装置助成事業）
支給申請書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

（申請者）
住 所
氏 名
（対象者との続柄）

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（家庭内排痰補助装置助成事業）実施要綱（平成16年5月27日付障第405号鳥取県福祉保健部長通知）第7条の規定により、次のとおり、関係書類を添えて申請します。

対 象 者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	氏 名			年 月 日
	居 住 地	(電話)		
	身体障害者 手帳番号	第 号	身体障害者手帳 交付年月日	年 月 日
	障がい名		障がい等級	級
	疾患名	〔筋・神経疾患名等を記載〕		
賃借する排痰 補助装置の名 称	〔具体的な名称を記載〕			
1月当たりの リース料の額	円	リース期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
賃借する前の 状況	排痰を行うために、通院する必要がある日数	1週間当たり 日程度		
	通院していた（又は通院することとなる）医療機関名及び所在地	医療機関名		
		所在地		

（添付書類）

- 1 神経・筋疾患又は脊髄損傷や脳原性麻痺に起因する痙直型四肢麻痺等で慢性呼吸不全であることが確認できる書類
- 2 賃借する排痰補助装置の性能が分かるもの（カタログ、パンフレット等）
- 3 1月当たりの排痰補助措置に係るリース料の額が分かるもの（見積書等）

番 号
年 月 日

支給決定通知書

〇 〇 〇 〇 様

職 氏名 印

平成 年 月 日付けで申請のあった鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（家庭内排痰補助装置助成事業）については、下記のとおり決定しましたので、鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（家庭内排痰補助装置助成事業）実施要綱（平成 16年5月27日付障第405号鳥取県福祉保健部長通知）第8条第2号の規定により通知します。

記

支給決定障がい者（保護者）氏名		支給決定に係る児童の氏名	
支給決定日			
支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
貸借する排痰補助装置の名称			

<問合せ先>

〇〇市（町村） 〇〇〇課
住 所
電話番号

様式第3号（第9条関係）

支給管理台帳

番号	支給決定 障がい者 (保護者) 氏名	支給決定 に係る 児童氏名	支給決定 日	支 払 実 績 (助成対象額の2/3相当額) ※ () 内には、2/3 を乗ずる前の額 (1月当 り 23,100 円が上限) を記載							
				4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	
				11月	12月	1月	2月	3月	計		
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（家庭内排痰補助装置助成事業）請求書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

（申請者）
住 所
氏 名
（対象者との続柄）

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（家庭内排痰補助装置助成事業）実施要綱（平成16年5月27日付障第405号鳥取県福祉保健部長通知）第10条の規定により、次のとおり、関係書類を添えて請求します。

1 事業概要

対 象 者	(フリガナ) 氏 名			生年月日	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
	居 住 地	(電話)			
	身体障害者 手帳番号	第 号	身体障害者手帳 交付年月日	年 月 日	
	障がい名		障がい等級	級	
	疾患名	〔筋・神経疾患名等を記載〕			
賃借する排痰補 助装置の名称	〔具体的な名称を記載〕				

2 請求額

1か月当たりの リース料の額	円	リース期間	年 月 日 ～ 年 月 日
リース料金額	円	公費負担額	円
自己負担額	円		

3 振込先

金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 支店・本店・支所
預金種別 (該当を○で囲む)	1 普通 2 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義人	

(添付書類)

排痰補助措置に係るリース料の額が分かる請求書の写し

様式第5号（第11条関係）

鳥取県重度身体障がい児者等在宅生活支援事業（家庭内排痰補助装置助成事業）

代理受領に係るリース料支払請求委任状

（あて先）〇〇市（町村）長 様

平成 年 月 日付けで支給決定を受けた排痰補助装置に係るリース料について、自己負担額を除く、排痰補助装置に係るリース料の請求及び受領の権限を下記のとおりリース事業者に委任します。

記

委任期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

平成 年 月 日

住 所

請求者兼委任者

（支給決定者）

氏 名

印

上記の受領の権限を受任しました。

平成 年 月 日

住 所

受 任 者

名 称

印