

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（エアーマットレスレンタル助成事業）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欄に掲げる鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業のうちエアーマットレスレンタル助成事業（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。

（目的）

第2条 この要綱は、脳原性麻痺などの先天性疾患、若しくは神経・筋疾患又は後天性疾患に起因する全身性運動機能障害のため、自力で体位変換が困難で常時介助による体位変換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」という。）に対して、エアーマットレス（体位変換機能付を含む）の賃借に要する経費（以下「エアーマットレスに係るリース料」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3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4条 事業の対象となる医療器具は、エアーマットレス（体位変換機能付を含む）とする。

（対象者）

第5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。

- （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。ただし、身体の状態が急速に悪化し、短期間のうちに確実にエアーマットレスが必要となることが見込まれる場合は手帳の有無を問わない。
- （3）脳原性麻痺などの先天性疾患、若しくは神経・筋疾患又は後天性疾患に起因する全身性運動機能障害のため、自力での体位変換が困難で常時体位変換に介助が必要であること。

（支給申請）

第6条 エアーマットレス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（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）先天性の疾患や神経・筋疾患又は後天性疾患に起因し、全身性運動機能障害であることが確認できる書類（前条第2号ただし書に該当する場合にあっては、身体の状態が急速に悪化し、短期間のうちにエアーマットレスの必要性が確実に見込まれることがあわせて確認できること）
- （2）エアーマットレスのカタログ、パンフレット等
- （3）1月当たりのエアーマットレス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7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8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。

（代理受領）

第9条 市町村は、支給決定者（第7条第2項の補助金支給決定を受けた申請者をいう。以下同じ。）の利便性を考慮し、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エアーマットレスに係るリース料をエアーマットレスをレンタルする事業者（以

- 下「事業者」という。)に支払うことができる。
- 2 事業者は、支給決定者からの委任状(様式第4号)をもって、市町村に支給決定者に対するエアーマットレスに係るリース料の公費負担額を請求するものとする。
 - 3 市町村は、事業者から委任状による請求書(様式第5号)の提出があった場合には、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、事業者に支払うものとする。

(その他)

第10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25年4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

この改正は、平成27年4月1日から施行する。

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、令和4年4月1日から施行する。

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（エアーマットレスレンタル助成事業）
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）

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（エアーマットレスレンタル助成事業）実施要
綱（平成25年3月25日付第201200170426号鳥取県福祉保健部長通知）第6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	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〕		
賃借するエア ーマットレス 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（褥瘡発生 がある場合）	褥瘡治療を行うために通院 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 先天性疾患や神経・筋疾患又は後天性疾患に起因する全身性運動機能障害で自力での体位変換が困難であることが確認できる書類（同要綱第5条ただし書に該当する場合にあっては、身体の状態が急速に悪化し、短期間のうちにエアーマットレスの必要性が確実に見込まれることがあわせて確認できること）
- 2 賃借するエアーマットレスのカタログ、パンフレット等
- 3 1月当たりのエアーマットレスに係るリース料の額が分かるもの（見積書等）

番 年 月 号 日

支給決定通知書

〇 〇 〇 〇 様

職 氏名 印

年 月 日付けで申請のあった鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（エアーマットレスレンタル助成事業）については、下記のとおり決定しましたので、鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（エアーマットレスレンタル助成事業）実施要綱（平成25年3月25日付第201200170426号鳥取県福祉保健部長通知）第7条第2項の規定により通知します。

記

支給決定対象者（保護者）氏名		支給決定に係る児・者の氏名	
支給決定日			
支給期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
賃借するエアーマットレスの名称			
支給決定額	月額		円

<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8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10,000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		
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	
				()	()	()	()	()	()	()	()
				()	()	()	()	()	()	()	

様式第4号（第9条関係）

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（エアーマットレスレンタル助成事業）
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

年 月 日付で支給決定を受けたエアーマットレスのリース料について、月々の自己負担額を除く、エアーマットレスに係るリース料の請求及び受領の権限を下記の事業者に委任します。

委任期間 年 月 日 から 年 月 日 まで

1ヶ月あたりのリース料 (A) *差額自己負担額等の対象とならないものは除く。	円
自己負担額 (B) *リース料×1/3 (千円未満は切り捨て)	円
請求額 (A-B)	円

*エアーマットレスのレンタルの開始、終了が月の途中の場合は、日割り計算とする。

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。

年 月 日

住 所

受 任 者

名 称
代表者氏名

印

様式第5号（第9条関係）

鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（エアーマットレスレンタル助成事業）
代理受領に係るリース料支払請求書

（あて先）〇〇市（町村）長 様

委任状に基づき下記のとおり請求します。

記

1ヶ月あたりのリース料（A） *差額自己負担額等の対象とならないものは除く。	円
自己負担額（B） *リース料×1/3（千円未満は切り捨て）	円
請求額（A-B）	円

*エアーマットレスのレンタルの開始、終了が月の途中の場合は、日割り計算とする。

年 月 日

住 所
請 求 者
名 称
代表者氏名

印

金融機関名	() 銀行・信用金庫・農協 () 本店・支店・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	

*この様式により難しい場合は、この様式に準じた別の様式を使用することができる。

【添付資料】

- ① 鳥取県要医療障がい児者在宅生活支援事業（エアーマットレスレンタル助成事業）
代理受領に係るリース料支払請求委任状（初回のみ）
- ② 自己負担分領収書の写し