

○中土佐町在宅介護支援金の支給に関する要綱

平成21年4月1日

告示第17号

(目的)

第1条 この要綱は、在宅において重度の要介護者を介護している者に対し、在宅介護支援金(以下「支援金」という。)を支給することにより、重度の要介護者を介護している家族の経済的負担の軽減を図るとともに、在宅福祉の向上を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、「重度の要介護者」とは、介護保険法(平成9年法律第123号。以下「法」という。)第27条に規定する要介護認定を受けた者のうち、要介護状態区分が4又は5(法第7条第3項第2号に該当する者を含む。)である者をいう。

(支給対象者)

第3条 支援金の支給対象者は、中土佐町に住所を有する重度の要介護者(以下「要介護者」という。)と生計を同一にする4親等以内の親族で、継続して3箇月以上在宅で介護している者(以下「介護者」という。)とする。

(支給要件)

第4条 支援金の支給要件は、次の各号の全てに該当する場合とする。

- (1) 支給該当月は、支援金の支給対象となる介護者が1月間のうち15日以上在宅において介護を行った、継続した3箇月とする。
- (2) 要介護者及び介護者において町納入金(税金、介護保険料、水道料、町営住宅費、保育料、学校給食費等)の滞納がないこと。

(支援金の額)

第5条 支援金の額は、要介護者1人につき前条第1号に規定する期間ごとに3万円とする。

(支給申請)

第6条 支援金の支給を受けようとする者は、3箇月ごとに中土佐町在宅介護支援金支給申請書(様式第1号)を、町長に提出するものとする。

2 前項の申請は、支給該当月終了後2箇月以内に行わなければならない。ただし、支給該当月終了時、要介護認定の更新申請中及び区分変更申請中により、認定結果が確定していない場合は、認定結果確定後1箇月以内に行わなければならない。

(支給資格に関する調査)

第7条 町長は、前条の申請書を受理したときは、支給資格の適合性について調査し、必要

があれば証明書等の提出を求めることができる。

(決定及び通知)

第8条 町長は、前条の調査において、速やかに支給の可否を決定し、中土佐町在宅介護支援金支給決定通知書(様式第2号)又は中土佐町在宅介護支援金支給却下通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

(支給)

第9条 町長は、前条において支給決定した者からの請求書(様式第4号)により、支援金を支給するものとする。

2 支援金は、支給決定があった年度において支給する。

(支援金の返還)

第10条 町長は、偽りその他不正の行為によって支援金の支給を受けた者がいるときは、その者に支給した支援金の全部又は一部の返還を命ずることができる。

(その他)

第11条 この要綱に定めるもののほか必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成21年7月1日告示第30号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(平成31年4月11日告示第56号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(令和元年6月18日告示第11号)

この要綱は、公布の日から施行する。

附 則(令和5年12月20日告示第97号)

この要綱は、公布の日から施行する。

中土佐町在宅介護支援金支給申請書

年 月 日

中土佐町長 様

申請者住所 _____
 氏名 _____ 印
 電話 _____
 要介護者との続柄 _____

中土佐町在宅介護支援金支給に関する要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

当該在宅介護支援金に係る介護状況や私や私の世帯の課税状況・町納入金状況について、関係各課等で確認することに同意します。

要介護者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
介護者氏名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住 所				電話番号	
認定等の状況	1. 支給該当月 年 月 ~ 年 月 認定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (要介護認定4・5) 認定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (要介護認定4・5) 2. 支給該当月の介護保険給付 有・無 (ショートステイ利用期間： 年 月・・・ 日利用) (ショートステイ利用期間： 年 月・・・ 日利用) (ショートステイ利用期間： 年 月・・・ 日利用) 3. 支給該当月の医療機関等入院 有・無 (医療機関等名：) 入院期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 (医療機関等名：) 入院期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 4. 担当介護支援専門員 () 5. 町納入金関係(税金・介護保険料・水道・町営住宅費・保育料・学校給食費等)で 納期限到来分までの (未納はありません・未納があります)				
介護の状況					

※ 滞納状況については、調査させていただきます。

---要介護者と介護者の世帯が違う場合-----

年 月 日

私の課税状況・町納入金状況について、関係各課等で確認することに同意します。

要介護者名 _____ 印

様式第2号（第8条関係）

第 号

年 月 日

中土佐町在宅介護支援金支給決定通知書

（申請者）

様

中土佐町長

年 月 日付で申請のあった在宅介護支援金の支給については、下記のとおり支給することを決定したので請求書により請求してください。

記

1. 要介護者氏名

2. 介護者氏名

3. 交付決定額 金 円

様式第3号(第8条関係)

第 号

年 月 日

中土佐町在宅介護支援金支給却下通知書

(申請者)

様

中土佐町長

年 月 日付で申請のあった中土佐町在宅介護支援金については、下記のとおり却下しましたので
通知します。

記

1. 要介護者氏名

2. 介護者氏名

3. 却下理由

様式第4号（第9条関係）

請 求 書

中土佐町長 様

請求金額 円

年 月 日付 第 号で決定のあった在宅介護支援金の支給について、中土佐町在宅
介護支援金支給に関する要綱第9条の規定により請求します。

年 月 日

住 所

氏 名 印

【振 込 先】

口座名義: _____

金融機関名: _____

支 店 名: _____

口座番号: (普通・当座) _____

様式第1号(第6条関係)

様式第2号(第8条関係)

様式第3号(第8条関係)

様式第4号(第9条関係)