

# 日常生活用具（ストマ）給付申請書

年 月 日

芦屋市長 宛

住 所 芦屋市 町 番 号

氏 名 \_\_\_\_\_

T E L ( \_\_\_\_\_ )

下記のとおり日常生活用具の支給を申請します。  
 なお、申請に必要な市税等の賦課についての調査に同意します。

身体障害者 手帳の番号	第 号 年 月 日交付	障害名 ・直腸機能障害・ぼうこう機能障害 ・脳原性運動機能障害・その他
日常生活用具 の名称	蓄便袋・蓄尿袋・紙おむつ	年 月分～ 年 月分
希望する業者	宮野医療器(株)・石黒メディカルシステム(株)・(株)ウエルカムサポートセンター・川村義肢(株)・(株)川南・(株)光洋 (株)ケンコー大阪支店・セントケアりまいん(株)セントケアりまいん神戸・(株)萩・(株)文教関西支店・ピース ケア(株)・朝日衛生材料(株)・ソリューション(株)・その他 ( )	

(申請者と同居されている方)	氏 名	続柄	生年月日	職 業	市町村民税	前年の所得税額	
		本人				非・均・所	円
						非・均・所	円
						非・均・所	円
						非・均・所	円
						非・均・所	円
						非・均・所	円

世帯 区分	A ・ B C ( )・D ( )	徴収基準 (月) 額又は加算基準 (月) 額 円 (×1/2) ( 円)	上記のとおり確認しました。 年 月 日 調査者
----------	----------------------	--	-------------------------------

身体障害者福祉司の意見  
 日常生活に必要なため給付を認めます。

年 月 日  
 上記のとおり日常生活用具の給付について決定します。

課長	係長	係	係

## ストマ用装具の申請について

### 1. 申請に必要なもの

- ①身体障害者手帳 ②申請書と内訳書（必要なストマ用装具を記入してください）
  - ③毎年8月のみ 本人と世帯員（収入のある方のみ）の課税証明書（その年の1月2日以降の転入者のみ。）
- ただし、**旧年度と新年度（3月分までと4月分以降）をまたぐ申請、及び負担額見直し時期（毎年8月1日）の前後（7月分までと8月分以降）をまたぐ申請は受け付けることができませんのでご注意ください。**
- なお、4月分の給付券の発送は4月1日以降、8月分の給付券の発送は8月1日以降となります。

### 2. 支給限度額（月額）と支給品目

（上限月額）蓄便袋 8,858円 蓄尿袋 11,639円 紙おむつ 12,600円  
 （支給品目）皮膚保護パッド・皮膚保護パテ、皮膚保護パッド、皮膚保護パッド、固定用パッド、サージカテーテル、  
 コップ・インサート（密着剤）、剥離剤（リムーバー）、皮膚皮膜剤（スキンバリア）、レッグパッド（下肢装着用蓄尿袋）、  
 ナイト・ドレナージパッド（夜間用蓄尿袋）、パッドカバー、皮膚保護剤穴あけ専用はさみ、消臭剤（ストマ用とうたわわ  
 ているもの）、その他必要と認められる衛生用品等（ガーゼ、ウェットティッシュ、手袋等）

### 3. 自己負担額

本人及び同居の家族全員の収入に応じて、以下の表により自己負担額が決定します。

**日常生活用具の給付の徴収基準額表**（平成22年4月～）

世帯階層区分		徴収基準月額 (自己負担額)	加算基準額
A	生活保護法（昭和25年法律第144号）による被保護世帯（単給世帯を含む。）	0円	0円
B	A階層を除き当該年度分の市町村民税非課税世帯	0円	0円
C1	前年分の所得税非課税世帯	2,250円	450円
C2		当該年度分の市町村民税所得割課税世帯	2,900円
D1	前年分の所得	2,400円以下	3,450円
D2	税課税世帯であって	2,401円以上 4,800円以下	3,800円
D3		4,801円以上 8,400円以下	4,250円
D4	、その所得税	8,401円以上 12,000円以下	4,700円
D5	の額の区分が	12,001円以上 16,200円以下	5,500円
D6	次の区分に該	16,201円以上 21,000円以下	6,250円
D7	当する世帯	21,001円以上 46,200円以下	8,100円
D8		46,201円以上 60,000円以下	9,350円
D9		60,001円以上 78,000円以下	11,550円
D10		78,001円以上 100,500円以下	13,750円
D11		100,501円以上 190,000円以下	17,850円
D12		190,001円以上 299,500円以下	22,000円
D13		299,501円以上 831,900円以下	26,150円
D14		831,901円以上 1,467,000円以下	40,350円
D15		1,467,001円以上 1,632,000円以下	42,500円
D16		1,632,001円以上 2,302,900円以下	51,450円
D17		2,302,901円以上 3,117,000円以下	61,250円
D18		3,117,001円以上 4,173,000円以下	71,900円
D19		4,173,001円以上	用具の給付に要する費用の全額 徴収基準月額の10%。 ただし、その額が17,120円に満たない場合は、17,120円

**（注）当該世帯の所得税額が、D18以下の場合において、申請のあった障がい者が世帯主、又はその世帯における最多収入者であるときは、上記徴収基準額表により算出した額の1/2が自己負担額となります。（ただしストマに関しては2ヶ月分の徴収額となります。）**