

# 心身障がい児者紙おむつ代助成

心身障がい児者で常時おむつを使用している方を介護されている世帯に対し、紙おむつ購入費用の一部を助成します。

- 【対象】 次の全てに該当される3歳以上64歳までの方を介護されている世帯の方(同居又は町内在住の家族申請のみ対象です)
- 身体障害者手帳または療育手帳の交付を受けている
  - 在宅で常時紙おむつ、尿取りパットを必要としている方
  - 他制度による助成・給付を受けていない方

## 【助成の内容と限度額】

1ヶ月を単位とし、おむつ購入にかかる経費の2分の1

区 分	助 成 金 額
3歳から17歳まで	月額10,000円を限度とします
18歳から64歳まで	月額 5,000円を限度とします

※一円未満切り捨て

## 【申請に必要なもの】

- 心身障害児者紙おむつ代助成交付申請書(本会 HP よりダウンロード可)
- 身体障害者手帳または療育手帳の写し(年度内に1度最初の申請の時)
- 紙おむつを購入した際のレシートまたは領収書(品名がわかる領収明細書又は内訳明細書を添付してください)の原本(支払総額まで記載のもの)
- 銀行口座・名義等のわかる物

## 【申請方法】

申請に必要なものをご用意のうえ下記の申請月に申請してください

購入月	4~6月	7~9月	10~12月	1~3月
申請月	7月	10月	1月	☆3月

※1~3月分は3月中に申請してください。(4月になると受付出来ません)

※年度内は遡って申請可能です。(限度額内)

## 【決定】

申請月の翌月末までに決定・却下の通知を致します。また、決定した場合速やかに指定口座に振り込みます

## 【注意事項】

- ポイント利用、割引後の金額が対象となります
- 紙おむつと尿取りパットのみが対象となります
- 助成金で購入された紙おむつを他人に譲渡又は売却しないでください
- 申請内容に偽り又は不正が認められたときは、助成金を返還していただきます
- 申請事項に変更、助成を必要としなくなったときは、速やかにお申し出ください

お問い合わせ 社会福祉法人 寒川町社会福祉協議会  
〒253-0106 寒川町宮山401  
Tel0467-74-7621 Fax0467-74-5716