

社会福祉法人皆野町社会福祉協議会
介護者手当支給要綱

(目的)

第1条 この要綱は、社会福祉法人皆野町社会福祉協議会（以下「法人」という。）が、身体上又は精神上的の障害のため日常生活に著しい支障のある老人及び障害者（以下「老人等」という。）を介護している者に、介護者手当を支給し、介護者の精神的、経済的負担の軽減をし、もって老人等の福祉の増進を図ることを目的とする。

(支給要件)

第2条 介護者手当（以下「手当」という。）は、疾病、障害等により、介護を要する状態が6ヶ月以上継続している老人等と同居し、介護している会員に支給する。

2 前項に規定する介護を要する状態とは、被介護者が別表1の臥床の状況の欄に掲げる状況のいずれかに該当し、かつ同表の日常生活の状況の欄に掲げる状況のいずれかに該当する状態をいう。

3 被介護者が別表2に定める施設に入所していないこと。

(手当の額)

第3条 手当の額は、月額3,000円とする。

(受給資格の認定の申請)

第4条 手当の支給要件に該当する者が手当の支給を受けようとするときは、介護者手当認定申請書（様式第1号）により、世帯全員の住民票を添付し、この法人の会長（以下「会長」という。）に申請する。

(認定及び却下の通知)

第5条 会長は、前条の申請に基づき第2条に定める支給要件に該当しているか否かを調査し、受給資格があると認めたときは、介護者手当資格認定通知書（様式第2号）を、受給資格がないと認めたときは、介護者手当認定申請却下通知書（様式第3号）により申請者に通知する。

(調査の依頼)

第6条 会長は、必要があると認めたときは、前条による調査を調査依頼書（様式第4号）により民生委員その他適当と認める者に依頼することができる。

(支給期間)

第7条 手当の支給は、申請をした日の属する月から受給資格を失った日の属する月までとする。

(支給時期)

第8条 手当は毎年9月、3月の2期に分けて支給する。

(受給資格の消滅)

第9条 受給資格は、認定を受けた者（以下「受給権者」という。）が次の各号の一に該当するとき消滅する。

- (1) 死亡したとき
- (2) 第2条に規定する要件を備えなくなったとき
- (3) 病院、又は診療所の入院が3ヶ月を超えたとき
- (4) 手当の受給を辞退するとき

2 会長は前項の規定により受給資格が消滅したときは、介護者手当受給資格消滅通知書（様式第5号）により受給権者であったものに通知する。ただし、第1号に該当する場合は、この限りでない。

(死亡による支給の特例)

第10条 受給権者が死亡した場合において、その死亡した者に支給すべき介護者手当で、まだその者に支給していなかったものがあるときは、その未支給の手当は、当該世帯の生計中心者又は会長が定めた者に支給する。

(手当の返還)

第11条 偽りその他不正の手段により手当を受けた者があるときは、会長は当該手当をその者から返還させることができる。

2 前項の請求は、介護者手当返還請求書（様式第6号）により手当を返還させるべき者に通知してこれを行う。

(現況届)

第12条 受給権者は、現況届を毎年4月1日から4月30日までの間に、介護者手当現況届（様式第1号）により、会長に提出しなければならない。ただし、会長がその届出を要しないと認めたときは、この限りでない。

(届出)

第13条 受給権者は、次の各号の一に該当するときは、介護者手当異動（消滅）届（様式第7号）により届出するものとする。

- (1) 住所又は氏名を変更したとき
- (2) 第9条第1項第2号、第3号、第4号に該当するとき

(3) その他会長が必要と認める場合

(状況調査)

第14条 会長は、必要があると認めたときは、受給権者又は同居の親族に対し報告を求め、又は生活状況等について調査を行うことができる。

2 第6条の規定は、前項の規定による調査の場合に準用する。

(台帳の整備)

第15条 法人は、支給状況を明確にするために、介護者手当支給台帳（様式第8号）を整備しなければならない。

(委任)

第16条 この要綱に定めるもののほか、必要事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成2年4月2日から施行する。

附 則

この要綱は、平成10年4月1日から施行する。

別表 1

臥床の状況等	日常生活の状況
1. 起居動作が困難なため常時臥床している。 2. 精神的活動の低下が著しいため常時生活介助を要する。	1. 常時他の介助がなければ、食事ができない。 2. 入浴ができないので常時拭くのみである。 3. 常時おむつまたは便器を使用している。

別表 2

1 老人福祉法（昭和 38 年法律第 133 号）第 14 条第 1 項に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホーム及び軽費老人ホーム 2 生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）第 38 条第 1 項に規定する救護施設 3 身体障害者福祉法（昭和 24 年法律第 283 号）第 5 条第 1 項に規定する肢体不自由者更生施設、身体障害者療護施設及び身体障害者授産施設 4 知的障害者福祉法（昭和 35 年法律第 37 号）第 18 条第 1 項に規定する知的障害者援護施設、知的障害者身体障害者授産施設 5 らい予防法（昭和 28 年法律第 214 号）第 6 条第 1 項に規定するらい療養所 6 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 1 条第 1 項に規定する病院のうち、もっぱら精神病患者及び精神病質者を入院させる病院又は病室
--

様式第 1 号

介護者手当認定申請書（現況届）

平成 年 月 日

社会福祉法人皆野町社会福祉協議会
会 長 様

住 所 皆野町大字 番地
氏 名 印
生年月日 年 月 日生
(電話 -)

介護者手当の受給資格の認定（現況届）を関係書類を添えて申請（届出）
します。

記

介 護 の 状 況	被介護者氏名		続柄	
	生年月日		年 月 日	年齢 歳
	介護している期間及び原因		(始期 年 月 日頃から) ヶ月 (原因、病名)	
	介護者の現在の状態		<input type="checkbox"/> 自宅で介護している <input type="checkbox"/> 入院している (病院名)	
被 介 護 者 の 状 況	臥床の状況	<input type="checkbox"/> 起居動作が困難なため常時臥床している <input type="checkbox"/> 精神的活動の低下が著しいため常時生活介助を要する		
	日常生活の状況	<input type="checkbox"/> 常時他の介助がなければ食事ができない <input type="checkbox"/> 入浴ができないので常時拭くのみである <input type="checkbox"/> 常時おむつ又は便器を使用している		

各項目の該当する□内にレ印をつけてください。

介護者手当資格認定通知書

皆社協第 号
平成 年 月 日

様

社会福祉法人皆野町社会福祉協議会
会 長 印

平成 年 月 日付で申請のあった介護者手当について、下記のとおり認定したので通知します。

記

1. 認定番号 第 号
2. 支給開始年月 平成 年 月
3. 手当支給額 月額 円
4. 支払時期

期 別	期 間	支払月
第1期	4月から9月分まで	9月
第2期	10月から3月分まで	3月

(注)

1. 資格の消滅 次の場合は、手当を受けることができませんので届出ください。
①法人の会員でなくなったとき。
②介護を要する状態がなくなったとき。(被介護者の健康回復・施設入所・転出・死亡等の場合)
③病院又は診療所の入院が3か月を超えたとき。
④手当の受給を辞退したとき。
2. 定時の届出 毎年4月1日から4月30日までの間に「現況届」を提出してください。
3. その他の届出 住所又は氏名を変更したとき。
4. 手当の返還 手当を不正に受けたり誤って支払われたときは、手当を返還していただきます。

様式第3号

介護者手当認定申請却下通知書

皆社協第 号
平成 年 月 日

様

社会福祉法人皆野町社会福祉協議会
会 長 印

平成 年 月 日付けで申請のあった介護者手当について、下記理由で却下したので通知します。

記

却下した理由	
--------	--

調 査 依 頼 書

皆社協第 号
平成 年 月 日

様

社会福祉法人皆野町社会福祉協議会
会 長 印

次のものから介護者手当資格認定申請がありましたので、下記の事項について調査を依頼します。

申請者 住所 皆野町大字 番地
氏名
電話 () - ()

記

介 護 状 況	被介護者氏名		続柄	
	生年月日	年 月 日	年齢	歳
	介護期間	ヶ月（始期 年 月 日頃から）		
	介護者の現在の状態	<input type="checkbox"/> 自宅で介護している		
		<input type="checkbox"/> 入院している（病院名 ）		
	被 介 護 者 の 状 況	臥床の状況	<input type="checkbox"/> 起居動作が困難なため常時臥床している	
			<input type="checkbox"/> 精神的活動の低下が著しいため常時生活介助を要する	
日 常 生 活 の 状 況	日常生活の状況	<input type="checkbox"/> 常時他の介助がなければ食事ができない		
		<input type="checkbox"/> 入浴ができないので常時拭くのみである		
今後の継続見込		<input type="checkbox"/> 常時おむつ又は便器を使用している		
		<input type="checkbox"/> 比較的短期間のうちに回復する見込み		
		<input type="checkbox"/> 回復までは長期間を要する		

調査の結果、上記のとおりであることを認めます。

平成 年 月 日
職名 氏名

印

様式第5号

手当受給資格消滅通知書

皆社協第 号
平成 年 月 日

様

社会福祉法人皆野町社会福祉協議会
会 長 印

あなたは、下記の理由で介護者手当の受給資格が消滅したので通知します。

記

1. 認定番号 第 号

2. 資格消滅年月日 平成 年 月 日

3. 消滅理由

.....
.....
.....
.....
.....
.....

様式第 6 号

介 護 者 手 当 返 還 請 求 書

皆社協第 号
平成 年 月 日

様

社会福祉法人皆野町社会福祉協議会
会 長 印

あなたがすでに受給した介護者手当について、下記により返還してください。

記

1. 請求金額 円

2. 請求金額の内訳 平成 年 月分 から
平成 年 月分 まで

3. 返還理由

.....

.....

.....

.....

様式第7号

介護者手当異動（消滅）届

平成 年 月 日

社会福祉法人皆野町社会福祉協議会
会 長 様

住 所 皆野町大字 番地
氏 名 印
生年月日 年 月 日生
(電話 ー)

申請内容が変更になった
下記のとおり介護者手当の() ので届出ます。
受給資格が消滅した

記

受給者氏名		認定番号	第 号
異動事由	<input type="checkbox"/> 住所	変更前	変更後
	<input type="checkbox"/> 氏名		
	<input type="checkbox"/> その他 ()		
	<input type="checkbox"/> 受給資格の 消滅	<input type="checkbox"/> 法人の会員でなくなった。 <input type="checkbox"/> 入院が3か月を超えた。 <input type="checkbox"/> 辞退する。 <input type="checkbox"/> その他支給要件に該当しなくなった。 理由（具体的に記入）	
異動が発生した日	平成 年 月 日		

該当する□の中にレ印をつけてください。