

大阪市子ども難病日常生活用具給付申請書

年 月 日

大阪市長

〒 -

申請者住所

申請者氏名
(自署もしくは記名押印)給付対象者との続柄
印 ()

申請者電話番号

() -

下のとおり日常生活用具給付を申請します。この決定に必要な扶養義務者の個人市民税課税台帳等関係公簿等を閲覧されることに同意します。なお、以上の内容について、扶養義務者全員の承諾を得ています。

対 象 者	ふりがな			男・女	生年月日	年 月 日生 (歳)
	氏名					
	住所	〒	□□□□	-	□□□□□□	大阪市 区
	疾病名			受給者番号 (既にお持ちの方のみ記入)		□□□□□□□□□□
世帯の 状況	氏名	対象者との続柄	生年月日	職業	備考 (対象者に対する介護の状況等)	
			・			
			・			
			・			
			・			
給付を希望する理由						
現在の住まいの状況	住宅	1 自宅 2 借家(貸主の諾否)	浴槽	1 和式 2 洋式 3 なし	便器	1 和式 2 洋式 3 携帯用
現在の介護の状況	入浴	1 他人の介助を必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭ともしていない 4 自分でできる	排便	1 他人の介助を必要 2 便器(携帯用)を使用 3 自分でできる	移動	1 車いす使用 2 他人の介助を必要 (一部・全部) 3 自分でできる
給付を受けたい用具の名称			希望する形式、規模等			
給付上特に希望する事項			用具の価格		円	
備考						

(注意)

- 日常生活用具の種目及び給付の対象者は裏面のとおりですので、申請の際には裏面をご確認ください。
- 申請の際には、この申請書のほかに必要な書類がありますので、裏面をご確認ください。

こども難病日常生活用具給付事業

<対象者> 以下の要件をみたす者とする。
 大阪市こども難病医療費助成事業の対象となっている在宅の者（ただし一部の種目については在宅以外も対象とする。）
 下表の「対象者」欄に掲げる助成対象者
 児童福祉法による施策及び障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による施策の対象とならない者

こども難病医療日常生活用具の種目及び対象者等

種目	対象者	性能等
便器	常時介助を要する者	助成対象者が容易に使用し得るもの。（手すりをつけることができる。）
特殊マット	寝たきりの状態にある者	褥瘡の防止又は失禁等による汚染又は損耗を防止できる機能を有するもの。
特殊便器	上肢機能に障がいのある者	足踏ペダルにて温水温風を出し得るもの。ただし、取替えに当たり住宅改修を伴うものを除く。
特殊寝台	寝たきりの状態にある者	腕、脚等の訓練のできる器具を付帯し、原則として使用者の頭部及び脚部の傾斜角度を個別に調整できる機能を有するもの。
歩行支援用具	下肢が不自由な者	おおむね次のような性能を有する手すり、スロープ、歩行器等であること。 ア 助成対象者の身体機能の状態を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。 イ 転倒予防、立ち上がり動作の補助、移乗動作の補助、段差解消等の用具となるもの。
入浴補助用具	入浴に介助を要する者	入浴時の移動、座位の保持、浴槽への入水等を補助でき、助成対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。
特殊尿器	自力で排尿できない者	尿が自動的に吸引されるもので助成対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。
体位変換器	寝たきりの状態にある者	介助者が助成対象者の体位を変換させるのに容易に使用し得るもの。
車椅子	下肢が不自由な者	助成対象者の身体機能を十分踏まえたものであって、必要な強度と安定性を有するもの。
頭部保護帽	発作等により頻繁に転倒する者 (在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)	転倒の衝撃から頭部を保護できるもの。
電気式たん吸引器	呼吸器機能に障がいのある者	助成対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。
クールベスト	体温調節が著しく難しい者	疾病の症状に合わせて体温調節のできるもの。
ネブライザー(吸入器)	呼吸器機能に障がいのある者	助成対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。
パルスオキシメーター	人工呼吸器の装着が必要な者	呼吸状態を継続的にモニタリングすることが可能な機能を有し、助成対象者又は介助者等が容易に使用し得るもの。
ストーマ装具(消化器系)	人工肛門を造設した者(在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)	助成対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。
ストーマ装具(尿路系)	人工膀胱を造設した者(在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)	助成対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。
人工鼻	人工呼吸器の装着が必要な者	助成対象者又は介助者が容易に使用し得るもの。

<申請に必要な書類>

- こども難病日常生活用具給付申請書
- 給付を受けようとする用具の見積書及び詳細がわかるもの(カタログの写し等)
- 世帯全員の所得等に関する状況を確認することができる書類の写し(詳しくは下表をご参照ください)、及び必要に応じて所得証明に関する申出書
 [世帯の状況に記載された者すべての所得等に関する状況を確認できる書類が必要。ただし、他の者の証明書類で扶養されていることが明らかになれば、省略可能。前年分の所得税又は当該年度の市町村民税の課税関係が判明しない場合は、前々年分の所得税又は前年度の市町村民税によることとする。]
- こども難病医療受給者証の写し

こども難病日常生活用具給付事業における自己負担額表及び提出する所得を証明する書類

階層区分	世帯の階層(細)区分	自己負担額 月額(円)	加算負担額 月額(円)	提出する所得を証明する書類
B階層	当該年度分の市町村民税の非課税世帯	1,100	110	
C階層	均等割の額のみ (所得割の額のない世帯) C 1階層	2,250	230	
	所得割の額のある世帯 C 2階層	2,900	290	
D階層	所得税の年額 2,400円以下 D 1階層	3,450	350	市民税・府民税特別徴収税額の決定・変更通知書(納税義務者用)又は 市民税・府民税納税通知書兼税額決定(充当)通知書(課税明細書その1、その2も必要) *これらの書類がない場合は、市民税課税状況等を職員が閲覧することにより確認します。
	2,401 ~ 4,800円 D 2 "	3,800	380	
	4,801 ~ 8,400円 D 3 "	4,250	430	
	8,401 ~ 12,000円 D 4 "	4,700	470	
	12,001 ~ 16,200円 D 5 "	5,500	550	
	16,201 ~ 21,000円 D 6 "	6,250	630	
	21,001 ~ 46,200円 D 7 "	8,100	810	
	46,201 ~ 60,000円 D 8 "	9,350	940	
	60,001 ~ 78,000円 D 9 "	11,550	1,160	
	78,001 ~ 100,500円 D 10 "	13,750	1,380	
	100,501 ~ 190,000円 D 11 "	17,850	1,790	
	190,001 ~ 299,500円 D 12 "	22,000	2,200	
	299,501 ~ 831,900円 D 13 "	26,150	2,620	
	831,901 ~ 1,467,000円 D 14 "	40,350	4,040	
	1,467,001 ~ 1,632,000円 D 15 "	42,500	4,250	
	1,632,001 ~ 2,302,900円 D 16 "	51,450	5,150	
	2,302,901 ~ 3,117,000円 D 17 "	61,250	6,130	
3,117,001 ~ 4,173,000円 D 18 "	71,900	7,190		
4,173,001円以上 D 19 "	全額	左の徴収基準 月額の10% ただし、その額が8,560円に満たない場合は8,560円		

*この表でいう所得税は、平成23年分の所得から廃止された年少扶養控除及び特定扶養控除の上乗せ部分があるものとして再計算した仮定の税額によるものとする。また、住宅借入金等特別控除等の一部の税控除や所得控除は除くものとする。

*1月から6月までの間の申請においては「当該年度分の市町村民税」と、「前年分の所得税」は「前々年分の所得税」と読み替えるものとする。

*同一生計内に2人以上の対象者がいる場合の2人目以降の者については、加算負担額月額を適用する。