

## 大阪市家族介護慰労金支給事業実施要綱

制 定 平成13年 5 月 9 日

最近改正 令和 3 年 3 月 26 日

### （目的）

第 1 条 この要綱は、介護保険制度を利用せずに重度要介護高齢者を介護している介護者に対する家族介護慰労金(以下「慰労金」という。)の支給に関し、必要な事項を定め、もって高齢者福祉の増進を図ることを目的とする。

### （定義）

第 2 条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

#### （1）重度要介護高齢者

本市の区域内に居住し、介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 27 条の規定により、法第 7 条第 1 項に規定する要介護状態区分が 4 又は 5 に該当すると認定を受けた者

#### （2）介護者

重度要介護高齢者と同居又は同一敷地内もしくは隣地に居住して介護を行っている家族、又は重度要介護高齢者と 1 年以上同居し、現に重度要介護高齢者の日常生活を介護する者

### （支給対象者）

第 3 条 慰労金の支給対象者は、次の各号の全てに該当する介護者とする。

（1）重度要介護高齢者が、市内に居住し、要介護状態区分 4 又は 5 に該当する期間において法第 40 条に規定する介護給付（7 日間以内の短期入所生活介護又は短期入所療養介護の利用は除く）を受けていない期間（以下、「対象期間」という。）を継続して 1 年以上有していること。ただし、対象期間内に医療機関等に入院した場合は、当該入院期間を除いた期間の合計を 1 年以上有していること。

（2）重度要介護高齢者及び介護者の属する世帯の全員が、対象期間について市民税が非課税であること。

2 前項の介護者が複数ある場合においては、主たる介護者として他の介護者の了解があった旨の申し出のあった者を対象者とする。

### （支給額）

第 4 条 慰労金の額は、重度要介護高齢者一人につき、年額 100,000 円とする。

### （支給申請）

第 5 条 慰労金の支給を受けようとする者は、「家族介護慰労金支給申請書」（様式 1、以下「申請書」という。）に必要な書類を添えて市長に提出しなければならない。

(支給決定)

第6条 市長は、前条の規定により支給の申請があったときは、申請内容を審査のうえ、1週間以内に「家族介護慰労金支給にかかる訪問調査について（依頼）」（様式4）に申請書の写しを添えて、地域包括支援センター長あて訪問調査の依頼を行うものとする。

2 地域包括支援センター長は、前項の依頼により訪問調査を行うときは、申請書の裏面に記載されている家族介護状況申告書の内容に基づき介護の実態調査を行い、その結果を家族介護状況報告書（様式5）に記入し、3週間以内に市長あて提出することにより報告しなければならない。

3 市長は、前項の報告を受けたときは、報告内容を審査のうえ、速やかに支給の可否を決定し、「家族介護慰労金支給決定・却下通知書」（様式2）を申請者に交付することにより通知を行うものとする。

(慰労金の請求)

第7条 前条により支給決定を受けた者は、「家族介護慰労金支給請求書」（様式3）により、慰労金を請求する。

(慰労金の支給)

第8条 市長は、前条の請求書を受理したときは、速やかに口座振替の方法により支給するものとする。

(慰労金の返還)

第9条 市長は、偽りその他不正の手段により慰労金の支給を受けた者があるときは、支給決定を取り消し、当該慰労金を返還させることができる。

(実施細目)

第10条 この要綱の実施に関し必要な事項は、福祉局長が定める。

附 則

この要綱は、平成13年5月9日から実施する。

附 則

この要綱は、平成15年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成26年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 11 月 17 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 1 月 5 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 30 年 4 月 1 日から施行する。

附 則（平成 31 年 4 月 26 日）

この要綱は、元号を改める政令（平成 31 年政令第 143 号）の施行の日から施行する。

附 則（令和 3 年 3 月 26 日）

この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

(様式1)

家族介護慰労金支給申請書

令和 年 月 日

大 阪 市 長 様

家族介護慰労金の支給を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

介護者 (申請者)	住所	〒	TEL
	フリガナ 氏名		要介護高齢者との関係

要介護 高齢者	フリガナ 氏名		生 年 月 日
			明・大・昭 年 月 日
			( ) 歳
	介護 認定	要介護 4 ・ 5	
申請者と住所 が異なる場合		住所 〒	TEL

誓約書及び同意書

介護者が申請者のほかに複数いる場合は、申請者が代表して家族介護慰労金の申請及び受領を行うことについて同意済みであり、支給決定後及び慰労金受領後には、申請者又は他の介護者から大阪市に異議を申し立てないことを誓約します。

また、家族介護慰労金の支給要件決定のために必要があるときは、要介護高齢者及び介護者の身体状況、介護状況、介護保険サービスの利用状況、その他必要事項について市が調査を行い、担当地域包括支援センターに提供すること及び介護の実態を調査するために、担当地域包括支援センターの職員が自宅に立ち入ることに同意します。

令和 年 月 日

介護者（申請者）氏名 \_\_\_\_\_

医療機関等への入院歴（申請日過去1年間）								
年	月	日	～	年	月	日	医療機関名（	）
年	月	日	～	年	月	日	医療機関名（	）
年	月	日	～	年	月	日	医療機関名（	）

- 1 食事に関する介護  
(1 全部介助している、2 一部介助している、3 見守りをしている、4 していない)
- 2 排泄に関する介護  
(1 全部介助している、2 一部介助している、3 見守りをしている、4 していない)
- 3 入浴に関する介護  
(1 全部介助している、2 一部介助している、3 見守りをしている、4 していない)
- 4 移動に関する介護  
(1 全部介助している、2 一部介助している、3 見守りをしている、4 していない)
- 5 清潔・整容に関する介助(洗顔、口腔清潔、洗髪、身体の清潔など)  
(1 全部介助している、2 一部介助している、3 見守りをしている、4 していない)
- 6 その他(上記以外で介助していることがありましたら、具体的に記入して下さい。)

[illegible]

(様式2)

家族介護慰労金支給〔決定・却下〕通知書

第 号  
令和 年 月 日

\_\_\_\_\_ 様

大阪市長

年 月 日に受け付けました家族介護慰労金支給について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

☐ 次のとおり認定します。

決 定 番 号 ( 区 ) 第 号				
要介護 高齢者	住 所	大阪市 区		
	氏 名		要介護度	要介護 4 ・ 5
支 給 対象者	住 所	大阪市 区		
	氏 名			
対象期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
留 意 事 項	後日、ご指定の金融機関口座に家族介護慰労金を振り込みますので、 家族介護慰労金支給請求書を福祉局地域包括ケア推進課に提出して ください。			

☐ 次の理由により却下します。

( 該当しない理由 )

(様式3)

## 家族介護慰労金支給請求書

令和     年     月     日

大阪市長    様

住所    大阪市                      区

氏名    \_\_\_\_\_

次のとおり慰労金の交付を請求します。

金                                      円

なお、慰労金の交付にあたっては、下記の私名義の預金口座に口座振替されるよう申し出ます。

振込先銀行名	銀行	支店
預 金 種 目 (いずれか○印)	当    座                      ・    普    通                      ・    貯    蓄	
口   座   番   号		
フリガナ		
口   座   名   義		

(様式4)

令和 年 月 日

\_\_\_\_\_地域包括支援センター長 様

福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課長

家族介護慰労金支給にかかる訪問調査について（依頼）

標題について、次の要介護高齢者に対する家族介護状況の訪問調査を依頼します。  
なお、調査結果については、令和 年 月 日までに報告をお願いします。

記

1 要介護高齢者

(1) 氏 名

(2) 生年月日 年 月 日

(3) 住 所 大阪市 区

(4) 要介護度

2 介護者

(1) 氏 名

(2) 住 所 大阪市 区

(3) 要介護高齢者との続柄



(様式5)

## 家族介護状況報告書

福祉局高齢者施策部地域包括ケア推進課長 様

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日付けで依頼のありました家族介護慰労金訪問調査について、次のとおり報告します。

訪問対象者氏名 \_\_\_\_\_

訪問対象者住所 \_\_\_\_\_区\_\_\_\_\_

訪問日時 令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日\_\_\_\_:\_\_\_\_~\_\_\_\_:\_\_\_\_

家族介護状況 申請書の状況申告のとおり確認しました。

【特記事項】 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

地域包括支援センター 職員名 \_\_\_\_\_

令和\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日