

大阪市こ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

給付対象者との続柄

()

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)

1. 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。

2. 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。

R0304

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。
- ① 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。）
 - ② 下表の「対象者」欄に掲げる助成対象者
 - ③ 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>
- (1) こども難病日常生活用具給付申請書
 - (2) 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）
 - (3) 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。当該年度の市町村民税の課税関係が判明しない場合は、前年度の市町村民税によることとする。
 - (4) 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	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。
C階層	当該年度分の市町村民税均等割の額のみ課税世帯		2,250	230	
D階層	C階層を除く当該年度分の市町村民税の課税世帯であって、その市町村民税所得割の額の区分が次の区分に該当する世帯	所得割の年額 3,000円以下	D 1 階層	2,900	290
		3,001 ～ 5,800 円	D 2 "	3,450	350
		5,801 ～ 8,700 円	D 3 "	3,800	380
		8,701 ～ 13,000 円	D 4 "	4,250	430
		13,001 ～ 17,400 円	D 5 "	4,700	470
		17,401 ～ 22,400 円	D 6 "	5,500	550
		22,401 ～ 28,200 円	D 7 "	6,250	630
		28,201 ～ 58,400 円	D 8 "	8,100	810
		58,401 ～ 75,000 円	D 9 "	9,350	940
		75,001 ～ 96,600 円	D 10 "	11,550	1,160
		96,601 ～ 121,800 円	D 11 "	13,750	1,380
		121,801 ～ 175,500 円	D 12 "	17,850	1,790
		175,501 ～ 221,100 円	D 13 "	22,000	2,200
		221,101 ～ 380,800 円	D 14 "	26,150	2,620
		380,801 ～ 549,000 円	D 15 "	40,350	4,040
		549,001 ～ 579,000 円	D 16 "	42,500	4,250
		579,001 ～ 700,900 円	D 17 "	51,450	5,150
		700,901 ～ 849,000 円	D 18 "	61,250	6,130
		849,001 ～ 1,041,000 円	D 19 "	71,900	7,190
		1,041,001 円以上	D 20 "	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

＊市町村民税所得割を計算する場合には、住宅借入金等特別控除等の一部の税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」を「前年度分の市町村民税」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。

調 査 書

(大阪市こども難病日常生活用具給付事業)

①申請書受理日 年 月 日		②申請者 氏名				③対象者と の続柄				
④ 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)			
⑤ 世 帯 員 の 状 況	氏 名		続 柄	年 齢	備 考					
⑥ 世 帯 区 分 (※保健所で記入)		1 市町村民税非課税世帯 2 市町村民税均等割課税世帯 3 市町村民税所得割課税世帯 4 所得税課税世帯						階 層		
⑦ 住まいの状況		1 自宅 2 借家 (貸主の諾否)								
⑧ 給付後の 生活の状況		<日常生活動作の状況> (入浴・排便・移動等について該当する状況に○) 1 自力でできるようになる 2 一部介助でできるようになる 3 給付して変わらない (一部介助・全介助) 4 その他 ()				<その他の状況> 1 疾病の悪化等を予防できる 2 介助の負担が減少する 3 コミュニケーションが容易になる 4 情報入手が容易になる 5 在宅生活が可能になる 6 その他 ()				
⑨ 給付の必要の有無		1 有 2 無	⑩ 給付する用具名 (型式規模等含む)							
⑪ 給付(する・しない) 理由										
⑫ 予定価格 (※保健所で記入)		円		⑬ 自己負担額 (※保健所で記入)		円		⑭ 公費負担額 (※保健所で記入)		円
⑮ その他特記事項 (医療意見書の療養 欄の記載・身障手 帳の有無等)										
年 月 日		調査員 職名 氏名								

第 号
年 月 日

大阪市こども難病日常生活用具給付決定通知書

様

大阪市長

先に申請のありました日常生活用具について次のとおり決定したので
通知します。

給付番号		給付決定 年月日	年	月	日
対象者氏名		疾 患 名			
給付する用具名 (型式規模等含む)					
納入業者名					
納入業者の 住 所	電話 () -				
価 格	円	あなたが 支払うべ き額	円	公 費 負担額	円
注意事項	1 用具は、あなたがその能力に応じて、費用の一部を直接業者に支払うことを条件に給付されるものでありますから、支払うこととされた額については、必ず用具を受け取る際（ただし、業者から口座振込による支払いを依頼された場合など、特別の事情がある場合を除きます。）に支払ってください。 2 給付された用具を、その目的に反して使用し、譲渡し、交換し、貸し付け又は担保に供したりすることはかたく禁じられています。 3 2に違反した場合には、費用の全部又は一部を納付してもらうことがあります。 4 給付品目、見積金額などの変更や、取消しを行う場合には、申請が必要です。				

大阪市こども難病日常生活用具給付券

① 給付番号	第 号	② 給付券発行 年 月 日	年 月 日	
③ 対象者氏名		④ 生年 月 日	生（ 歳）	
⑤ 対象者住所				
⑥ 申請者氏名			⑦ 対象者との続柄	
⑧ 給付する用具名 （型式規模等）				
⑨ 価 格 用具基準額(参照)	円	⑩ 申請者が 支払うべき額	円	⑪ 公費負担額 円
⑫ 納入業者名		⑬ 納入業者 の住所	電話（ ） —	
上記のとおり決定する。 年 月 日 大阪市長				

⑭ 業者の納付 した日	年 月 日	⑮ 申請者 より受領 した額	円	⑯ 受領業者 名及び 年 月 日	年 月 日
⑰ 用具受領 保護者名			⑱ 確 認 者	職名 氏名	
⑲ その他 特記事項					

（注） 本表は、①～⑬、⑱は市町村、⑭～⑯は納付した業者が記入すること。

⑰は申請者が記入すること。

※ 本給付券は用具を受け取る際に、業者にお渡し下さい。また、業者は本給付券及び納品書の写しを添えて費用を請求してください。

第 号
年 月 日

大阪市こども難病日常生活用具給付申請却下通知書

(申 請 者) 様

大 阪 市 長 (印)

年 月 日付け申請のあった大阪市こども難病日常生活用具給付申請について、
審査の結果、次の理由により却下することが決定したので、通知します。

対象者	氏名	
	住所	大阪市 区
却下理由		

年 月 日

大 阪 市 長

申請者住所

申請者氏名

対象者との続柄 ()

大阪市こども難病日常生活用具給付変更承認申請書

年 月 日付 第 号にて給付決定のあった大阪市こども難病日常生活用具給付事業について、次のとおり変更する必要があるので、承認願います。

記

1 変更する内容及びその理由

年 月 日

大阪市長

申請書住所

申請者氏名

対象者との続柄 ()

大阪市こども難病日常生活用具給付辞退届

年 月 日付 第 号にて通知のありましたこども難病
日常生活用具給付事業の給付決定については、大阪市こども難病日常生活用具給付事業実施
要綱第9条の規定により、次のとおり辞退します。

記

1 給付決定通知書を受け取った日 年 月 日

2 辞退の理由

第 号
年 月 日

様

大阪市長

大阪市こども難病日常生活用具給付決定取消・変更通知書

年 月 日付 第 号にて給付決定しましたこども難病日常生活用具
給付事業について、次のとおり取消・変更することを決定したので通知します。

記

1 取消・変更の内容

2 取消・変更の理由

第 年 月 日
年 月 日

様

大阪市長

大阪市こども難病日常生活用具給付決定取消通知書

年 月 日付 第 号にて給付決定した大阪市こども難病日常生活用具給付事業については、次のとおり取り消すことを決定したので通知します。

記

1 取消の内容

2 取消の理由

第 号
年 月 日

様

大阪市長

大阪市こども難病日常生活用具給付事業請求通知書

年 月 日付 第 号において、大阪市こども難病日常生活用具給付事業の給付決定を行い、年 月 日付で交付したところであるが、年 月 日付大保第 号により給付決定を取消したため、次のとおり納付してください。

記

1 請求理由

2 納付期日

年 月 日までに納付すること。

3 請求金額

金

円

〔様式第 1 1 号〕

年度

大阪市こども難病日常生活用具給付台帳

給付券 番 号	申 請 年月日	氏 名		年齢	※ 用具種目	見積書	給付決定 年 月 日	業 者 名	費用				業者納入 年 月 日	業者請求 年 月 日	公費支払 年 月 日
		住 所				依頼年月日			自 己 負担額	階層	公 費 負担額	計			
				受理年月日											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											
	・ ・					・ ・	・ ・					・ ・	・ ・	・ ・	
				・ ・											

※ 1 便器、2 特殊マット、3 特殊便器、4 特殊寝台、5 歩行支援用具、6 入浴補助用具、7 特殊尿器、8 体位変換器、9 車椅子、10 頭部保護帽、11 電気式たん吸引器、
12 クールベスト、13 紫外線カットクリーム、14 ネブライザー（吸入器）、15 パルスオキシメーター、16 ストーマ装具（消化器系）、17 ストーマ装具（尿路系）、
18 人工鼻