

防府市家族介護慰労事業実施要綱

平成13年4月1日制定

(目的)

第1条 この要綱は、寝たきりなどの重度の介護を要する状態にある高齢者を在宅で介護をしている家族（以下「家族介護者」という。）に対する慰労金（以下「介護慰労金」という。）を支給することにより、その慰労と負担軽減を図るとともに、介護を要する高齢者の在宅生活の継続、向上を図ることを目的とする。

(支給対象者)

第2条 介護慰労金は、防府市寝たきり高齢者等介護見舞金助成事業実施要綱に基づく支給対象者に該当し、次の各号のすべてに該当する場合に、家族介護者に対して支給する。

- (1) 要介護4又は5に相当する高齢者（要介護認定を受けていない高齢者については、要介護認定と同じ方法を利用して、要介護4又は5に相当すると市長が認めた者。以下「要介護者」という。）を1年以上在宅で介護している家族（家族が高齢者の世帯と別世帯の場合は、事実上同居に近い形で介護にあたっていると市長が認めた者。以下「家族介護者」という。）がいること。
- (2) 要介護者が過去1年以上の間（以下「対象期間」という。）介護保険法第8条各項に定めるサービスを受けていないこと。ただし、以下のいずれかに該当する要介護者を現に介護している家族介護者は対象とする。
 - a 福祉用具貸与、特定福祉用具販売又は住宅改修のみを利用する要介護者
 - b 対象期間における介護保険法第8条各項に定めるサービス（福祉用具貸与及び特定福祉用具販売を除く。）の利用日数の合計が10日以内の要介護者
- (3) 要介護者及び家族介護者が対象期間において市内に住所を有していること。
- (4) 対象期間内に、防府市寝たきり高齢者等介護見舞金助成事業実施要綱に基づく介護見舞金の支給を受けていないこと。

(対象期間の算定)

第3条 要介護者に3ヵ月以上の長期入院がある場合は、対象期間からその入院期間を控除し、3ヶ月未満の入院がある場合は、その入院期間を含めて対象期間を判断するものとし、以前に介護慰労金の支給を受けた時の対象期間となった期間については除外するものとする。

(申請及び決定)

第4条 慰労金の支給を受けようとする家族介護者(以下「申請者」という。)は家族介護慰労金支給申請書(第1号様式)を市長に提出しなければならない。

ただし、同一対象期間における同一要介護者について、申請することができる家族介護者は1人とする。

2 市長は前項の申請があったときは、その適否を調査し、支給が適当であると認めたときは、家族介護慰労金支給決定通知書(第2号様式)により、不適当と認めたときは、却下通知書(第3号様式)により申請者に通知するものとする。

(支給額)

第5条 慰労金の支給額は、100,000円とする。

(その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は別に定める。

附 則

この要綱は、平成13年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20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29年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

第2号様式

第 号
年 月 日

様

防府市長

家族介護慰労金支給決定通知書

先に申請のありました家族介護慰労金につきまして、下記のとおり支給決定しましたので通知します。

記

- | | |
|------------|----------|
| 1. 申請受付年月日 | 年 月 日 |
| 2. 支給決定年月日 | 年 月 日 |
| 3. 支給金額 | 100,000円 |

第3号様式

第 号
年 月 日

様

防府市長

家族介護慰労金支給申請却下通知

先に申請のありました家族介護慰労金支給申請につきまして、下記理由により却下しましたので通知します。

記

1. 申請受付年月日 年 月 日
2. 却下決定年月日 年 月 日
3. 却下理由

家族介護慰労金支給申請書

(宛先) 防府市長

介護保険被保険者番号								
フリガナ								
氏名 (介護を受けている方)	生年月日		明・大・昭		年	月	日生	
	性別		男・女					
住所	〒							
慰労金の支給を受ける対象となる期間(1年間)の入院期間		3か月未満	3か月以上	対象期間	年	月	日から	
					年	月	日まで	
防府市長 様								
上記のとおり家族介護慰労金の支給を申請します。								
		年	月	日				
		〒						
申請者	住所							
		氏名						
		(介護をしている方)	電話番号 ()					
※世帯が異なる場合								
		〒						
要介護者	住所							
		氏名						
		(介護を受けている方)	電話番号 ()					

市確認欄

認定あり		備考
認定期間	要介護度	
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		
年 月 日～ 年 月 日		
給付実績確認	可・不可	受付欄
認定なし		
認定結果	要介護	