

函館市家族介護慰労事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、在宅の要介護者を抱える家族に対し、介護を行っていることの慰労として現金（以下「介護慰労金」という。）を支給することにより、介護に当たる家族の身体的、精神的、経済的な負担の軽減を図ることを目的とする家族介護慰労事業（以下「事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

(実施主体)

第2条 事業の実施主体は、函館市（以下「市」という。）とする。

(介護慰労金の額)

第3条 介護慰労金の額は、年額100,000円とする。

(支給対象者)

第4条 介護慰労金の支給の対象者は、過去1年間、次の各号のすべてに該当する者（以下「被介護者」という。）を現に介護している本市に住所を有する市民税非課税世帯の家族とする。

(1) 在宅の高齢者（40歳以上65歳未満の者であって介護保険法に規定する特定疾病に該当する者を含む。以下同じ。）であって、介護保険法（平成9年法律第123号）第19条第1項の規定による要介護認定において要介護2（認定調査時の主治医意見書において「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上の者に限る。）または要介護3以上と判定されていること。

(2) 本市に住所を有しており、市民税非課税世帯に属すること。

(3) 介護保険のサービス（福祉用具貸与、特定福祉用具販売および住宅改修を除く。）の利用日数の合計が10日以内であること。

(4) 通算90日を超える入院をしていないこと。

(支給の申請)

第5条 介護慰労金の支給を受けようとする者は、第4条で定める支給対象者の要件を満たした期間（以下「対象期間」という。）を明示

して、別記第1号様式の申請書により市長に申請しなければならない。

2 前項の申請は、対象期間の末日の翌日から1年以内にしなければならない。

3 第1項の申請にあたり申し出る対象期間は、当該申請の対象となる被介護者を対象として過去に介護慰労金が支給されている場合は、支給済みの介護慰労金にかかる対象期間と重複しない期間でなければならない。
(支給の決定)

第6条 市長は、前条に規定する申請書の提出があったときは、第4条の規定に基づいて当該申請書の内容を審査し、介護慰労金の支給の可否を決定するものとする。

2 市長は、申請者に対し、前項の規定により介護慰労金の支給について可と決定したときは、別記第2号様式の通知書により通知し、否と決定した場合にあっては別記第3号様式の通知書により通知するものとする。
(支給の時期および方法)

第7条 市長は、支給対象者名義の口座に、前条の規定により可と決定した月の翌月の末日までに振り込むものとする。

第8条 市長は、偽りその他不正な手段により介護慰労金の支給を受けた者があるときは、その者に対し介護慰労金の返還を求めることができるものとする。
(台帳の整備)

第9条 市長は、事業の運営状況を明らかにするため、台帳を整備するものとする。
(補足)

第10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17年6月29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23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年（2019年）4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和3年4月1日から施行する。
- 2 改正後の第4条の規定は、令和3年2月28日以降を末日とする対象期間の者の支給の決定について適用し、同日の前日までを末日とする対象期間の者の支給の決定については、なお従前の例による。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

介護保険法施行令（抜粋）

（特定疾病）

第2条 法第7条第3項第2号に規定する政令で定める疾病は、次のとおりとする。

- 一 がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- 二 関節リウマチ
- 三 筋萎縮性側索硬化症
- 四 後縦靭帯骨化症
- 五 骨折を伴う骨粗鬆症
- 六 初老期における認知症（法第8条第16項に規定する認知症をいう。以下同じ。）

- 七 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 八 脊髄小脳変性症
- 九 脊柱管狭窄症
- 十 早老症
- 十一 多系統萎縮症
- 十二 糖尿病性神経障害，糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 十三 脳血管疾患
- 十四 閉塞性動脈硬化症
- 十五 慢性閉塞性肺疾患
- 十六 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

家族介護慰労金給付申請書

年 月 日

函館市長 あて

次のとおり、家族介護慰労金の給付を申請します。
 申請者（介護者）および被介護者は、市が給付の可否を決定する際に、被介護者の介護保険関係情報および入院履歴、申請者（介護者）世帯および被介護者世帯の市民税の課税状況を調査することに同意します。

申請者 (介護者)	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名											年齢	() 歳		
	住所	〒													
	電話番号											被介護者との関係(続柄)			
被介護者	被保険者番号											要介護度	2・3・4・5		
	フリガナ											生年月日	年 月 日		
	氏名											年齢	() 歳		
	住所	〒										電話番号			
	対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日													
振込先 (金融機関 ゆうちょ 銀行以外)	銀行 信用金庫	本店			普通 当座 貯蓄			口座番号							
	フリガナ														
	口座名義人														
振込先 (ゆうちょ 銀行)	通帳記号 (6桁目がある場合は※欄に記入)					通帳番号 (右詰で記入)									
						※									
	フリガナ														
	口座名義人														
※ゆうちょ銀行(郵便局)の通帳の見開き左上またはキャッシュカードに記載された、記号および番号を記入してください。															

※裏面には記入しないでください。

函館市記入欄

介護状況 確認欄		
	受付者	氏名：

課税状況	申請者（介護者）世帯	課税 ・ 非課税
	被介護者世帯	課税 ・ 非課税
生活保護受給 状況	申請者（介護者）世帯	該当 ・ 非該当
	被介護者世帯	該当 ・ 非該当
認定状況	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日 要介護 5・4・3・2() 年 月 日～ 年 月 日 要介護 5・4・3・2() <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区変中（申請日： 年 月 日）
長期入院状況	・入院なし ・入院あり 要件内 ・ 要件外 (日間)	
介護サービス 利用状況	・利用なし ・利用あり 要件内 ・ 要件外 (日間)	
決定区分	該当 ・ 非該当	担当者：

家族介護慰労金支給決定通知書

決定番号		
申請者 (介護者)	氏名	
	住所	函館市
被介護者	氏名	
決定金額	100,000円	
<p>函館市家族介護慰労事業実施要綱の定めるところにより、上記のとおり決定しましたので通知します。</p> <p>年 月 日</p> <p>函館市長</p>		

家族介護慰労金支給却下通知書

申請者 (介護者)	氏名	
	住所	函館市
被介護者	氏名	
却下理由	1 (介護者・被介護者)が市民税課税世帯に属している。 2 要介護度が要介護2(認定調査時の主治医意見書において「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上のものに限る)または要介護3以上ではない。 3 対象期間における介護保険のサービス(福祉用具貸与、特定福祉用具販売および住宅改修を除く。)利用日数の合計が10日を超える。 4 対象期間において通算90日を超える入院をしている。 5 その他()	

函館市家族介護慰労事業実施要綱の定めるところにより、上記のとおり却下しましたので通知します。

年 月 日

函館市長