



■ストーマ用装具 ■紙おむつ ■気管孔用プロテクター ■人工喉頭(埋込型用人工鼻) ■尿器

横浜市では、「横浜市重度障害者(児)日常生活用具給付事業」によって上記5品目を「継続品目」として給付しています。

1 基準額(給付の上限額)と対象要件 (注) 具体的な対象種目は、裏面「6 ストーマ用装具、紙おむつの対象種目」を参照

| 品目 (型式) | 6か月分を申請時の基準額 | | 対象者要件 ※ 下記の他、年齢要件等あり |
|-----------------------|----------------|---------------|--|
| | 月額の基準額 | 6か月分 | |
| ストーマ用装具 (消化器系) (注) | (11,000円) | 66,000円 | ①ストーマ造設を行っている方 ②腹部・背部から腎臓、膀胱等にカテーテルを留置することによって、尿路の変更を行っている方 (※カテーテル自体は制度対象外) ③治癒困難な腸瘻を有する方 |
| ストーマ用装具 (尿路系) (注) | (14,000円) | 84,000円 | ⑦上記ストーマ用装具の対象者要件に該当する方であって、ストーマ用装具の装着が困難な方 ⑧脳原性運動機能又は下肢若しくは体幹機能障害2級以上で、対象者要件 (※福祉保健センター窓口でご確認ください。) に該当することが、医師の意見書によって確認できる方 |
| 紙おむつ (注) | (原則 5,500円) | 原則 33,000円 | ⑨ぼうこう又は直腸の機能障害を有し、先天性疾患(先天性鎖肛を除く)に起因する神経障害による高度の排尿又は排便機能障害のある方、若しくは先天性鎖肛に対する肛門形成術に起因する高度の排便機能障害のある者に該当する方。 その他、要件・基準額について、福祉保健センター窓口でご確認ください。 |
| | (5,500円) | 33,000円 | ⑩知的障害の程度が重度であり、排泄コントロールが困難であると、医師の意見書によって確認できる方 ⑪外傷等の理由によって身体障害者手帳の交付を受け、その外傷等を起因として完全尿失禁又は便失禁を伴う等、対象者要件 (※福祉保健センター窓口でご確認ください。) に該当することが、医師の意見書によって確認できる方 |
| 気管孔用プロテクター | (350円) | 2,100円 | 音声機能障害の身体障害者手帳があり、喉頭・喉頭を摘出している方 |
| 人工喉頭 (埋込型用人工鼻) | (23,100円) | 138,600円 | 音声機能障害又は言語機能障害の身体障害者手帳があり、無喉頭、発声筋麻痺等によって音声を発することが困難な方 (常時埋込型の人工喉頭を使用する方に限ります。) |
| 尿器 | (5,000円) | 30,000円 | 身体障害者手帳の交付を受け、排尿コントロールの困難な排尿障害を有する方 |

2 手続に必要なもの

- (1) 購入前に、事前相談・申請が必要です。また、下記の他に追加の書類提出が必要となる場合があります。
- (2) 対象者ご本人以外の方が申請する場合は、申請する方の身元確認書類をお持ちください。

| | |
|---|--|
| ① 個人番号(マイナンバー)のわかるもの | 心身に障害がある、制度対象となる方のもの。 |
| ② 障害者手帳 | 対象要件及び対象者本人確認のため必要です。申請時に窓口にてご提示ください。 |
| ③ 見積書 | 取扱事業者に作成を依頼し、窓口にお持ちください。 ※上期と下期、2期分の見積書をご用意ください。 |
| ④ (対象要件が1の①、②、③の場合は必須) 紙おむつ用医師意見書 | 書式は窓口にて、事前相談時でお渡します。かかりつけ医に作成を依頼してください。 |
| ⑤ 障害者(児)日常生活用具給付事業申請書 | 申請時に窓口にて記入してください。 |
| ⑥ 世帯状況・収入等申告書 | |
| ⑦ (市外から転入され市民税が横浜市で課税されていない場合) ・税照会の同意書、委任状 ・市民税課税証明書(※16歳未満の扶養を確認する場合) | 対象者の年齢や世帯構成、税額等によって、ご用意いただく書類の種類や範囲が異なります。事前に相談窓口でご確認ください。 |

3 見積書

- (1) 作成は、購入予定の事業者に、この制度の利用の可否を確認の上、依頼してください。
- (2) 見積書には、品目名の他、概算での上半期(10~翌3月)・下半期(翌4月~翌9月)それぞれの見積もりと半期ごとの合計額、商品名、対象の方の住所・氏名等の記載が必要です。
- (3) 必要量の記載によって合計金額が基準額を超える場合があります。その超えた額は、利用者負担になります。
- (4) 記載方法は、横浜市ホームページ「日常生活用具」から「事業者の方へ」のページでもご確認いただけます。

裏面へ続く

4 利用者負担額

- (1) 原則として、1割負担です。ただし、世帯の課税状況に応じて一回の申請ごとに、負担上限額が設定されています。
- (2) 世帯の範囲は、①18歳以上(障害者)：本人と配偶者
②18歳未満(障害児)：保護者の属する世帯全員(単身赴任等の保護者を含む。)です。

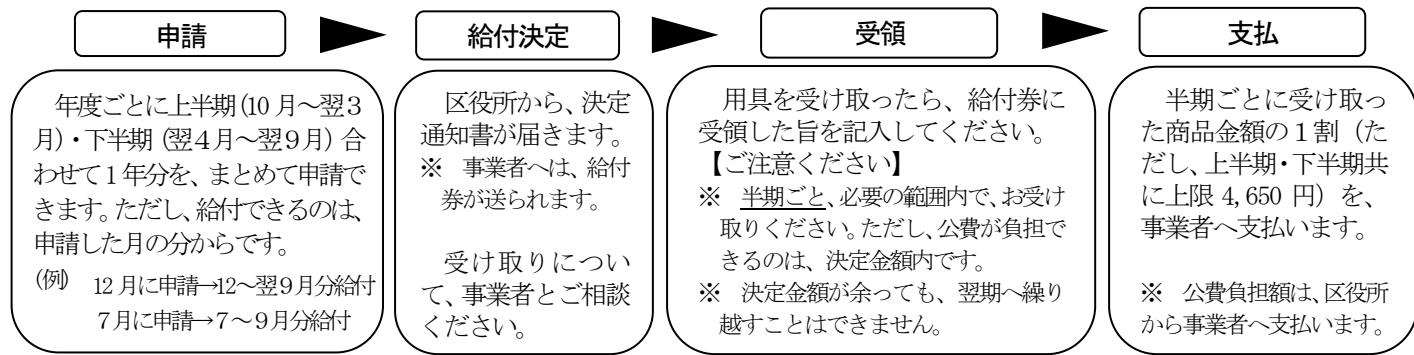
| 区分 | 世帯の課税状況等 | 負担上限額 |
|--------|--|---------------------------|
| 生活保護世帯 | ※ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)による支援給付を受けている場合を含む。 | 0円 |
| 低所得 | 市民税非課税(注1)世帯 | 0円 |
| 一般 | 市民税課税世帯であって、市民税所得割額(注1)が最も高い方の税額が、 <u>46万円未満(注2)</u> の世帯 | 最大 9,300円 (半期毎 4,650円) |
| 制度対象外 | いづれかの世帯員の市民税所得割額(注1)が、 <u>46万円以上(注2)</u> の世帯 | 対象外 |

(注1) 市民税額は、①申請する月が7～翌年3月の場合：当該年度、②4～6月の場合：前年度のものを、確認します。

(注2) ①平成30年度以降の市民税額について、指定都市にお住まいの方であっても、引き続き税制改正前の標準税率(6%)を用います。

所得割額は、②住宅借入金等特別税額控除、③寄付金税額控除が、控除される前の額を用います。また、④年少・特定扶養親族控除が、廃止される前の計算を用います。

5 給付の流れ



6 ストーマ用装具、紙おむつの対象種目

| 種目名 | 種目対象品 | 種目名 | 種目対象品 |
|---------|---------|--------|---|
| ストーマ用装具 | 消化器系 | 洗腸用具 | 洗腸セット 洗腸袋 洗腸袋用クリップ 洗腸用ストッパー(洗浄液注入に用いるもの) 洗腸用フェースプレート 洗腸用チューブ 洗浄液バッグ |
| | 尿路系 | 入浴等補助具 | ミニパウチ ストマキャップ ミニパッド |
| | 蓄尿バッグ | 紙おむつ | テープタイプ パンツタイプ フラットタイプ 尿取パット アナルプラグ |
| | 補正剤 | | |
| | 皮膚保護剤 | | |
| | 消臭剤 | | |
| | 潤滑剤 | 洗腸用具 | 洗腸セット 洗腸袋 洗腸袋用クリップ 洗腸用ストッパー(洗浄液注入に用いるもの) 洗腸用フェースプレート 洗腸用チューブ 洗浄液バッグ |
| | 凝固剤 | | |
| | 剥離剤 | | |
| | 洗浄剤 | | |
| | ガス抜き用具 | | |
| | 穴あけ用器具 | | |
| | 固定具 | | |
| | 接続管 | | |
| | 閉鎖具 | | |
| | ストーマカバー | | |

| | |
|--------------|---|
| 申請、ご相談、書類の確認 | お住まいの区の区役所内、【高齢・障害支援課／こども家庭支援課】まで、直接ご連絡ください。 |
| 制度全般に関すること | 健康福祉局障害自立支援課 電話:671-3891(市役所本庁) FAX:671-3566(市役所本庁) |