

横浜市重度障害者（児）日常生活用具給付等事業（紙おむつ・ストーマ用装具等）
取扱事業者の皆様へ

横浜市健康福祉局障害自立支援課長

継続品目（紙おむつ・ストーマ用装具等）における事務運用の変更案内について

日頃より本市の福祉行政にご協力くださり、厚く御礼申し上げます。

さて、横浜市重度障害者（児）日常生活用具給付等事業につきましては、「継続品目」に限り、年 2 回の申請受付とさせていただいておりましたが、支給決定期間が令和 4 年 10 月以降の申請分から、年 1 回の申請に変更いたします。

また、この変更に伴い、見積書の作成方法や請求事務について一部運用を変更させていただきます。

つきましては、次の内容をご確認いただき、今後、記載のとおりお手続きくださいますよう、ご理解とご協力をお願い申し上げます。

1 事務方法変更の対象となる品目について

横浜市重度障害者（児）日常生活用具給付等事業実施要項に定める、継続品目

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

2 事務方法の変更内容について

(1) 見積書の作成方法について（別紙 1（見積書作成例）参照）

これまで、必要量積算のために詳細な見積書の作成（各商品の必要量や 1 ヶ月あたりの必要量等）をお願いしておりましたが、支給決定期間が令和 4 年 10 月以降の申請分から見積書は概算の見積書で可とします。ただし、半期ごとの金額が分かるようにご記載ください。

なお、制度対象商品か否かの確認のため、納品予定商品について見積書に記載いただきますようお願いいたします。

(2) 給付券の発行について

これまで、半期ごとに給付券の発行及び送付を行っておりましたが、支給決定期間が令和 4 年 10 月以降の申請分から「10～3 月分」と「4～9 月分」の給付券を最初の決定時にまとめて発行、送付します。先に送付する 4～9 月分の給付券については、納品開始まで保管いただき、期日到来後に使用いただきますようお願いいたします。

(3) 請求事務について

請求に関しては、これまで給付券に記載されている公費負担額以下の納品の場合に限って、納品書を添付のうえ請求をいただいておりますが、今後は納品額にかかわらず全件納品書の添付をして請求いただくようお願いいたします。

また、請求の時期に関しては、原則年1回（次年度の秋頃）としますが、従来どおり給付券（半年）ごとの請求も可とします。

※納品書の全件添付につきましては、支給決定期間が令和4年10月以降の運用変更にあらかじめ、支給決定期間が令和4年4月以降の請求から適用とさせていただきます。詳細は同封した「健障自第3243号」の通知をご確認ください。

3 事務運用変更に関する説明会の開催について

事務運用の変更に伴い、説明会の開催を6～7月頃に予定しております。

説明会の案内につきましては、新型コロナウイルス感染症の感染状況等を踏まえ、別途通知にてお知らせをさせていただきます。

横浜市健康福祉局障害自立支援課福祉給付係
担当 赤城、田辺、奈木
TEL 671-3891

見積書の作成例【 継続品目 】

※ 指定の書式はありませんが、以下の項目を盛り込むようお願い致します。
 < 紙おむつ・ストーマ用装具・気管孔用プロテクター・人工喉頭(埋込型人工鼻) 用 >

御見積書

宛名は、区長宛て(区名+長) でお願ひします。(例: 中区長)
 「福祉保健センター長」や「制度対象者の氏名」では、お受けできません。

作成日を記入してください。空欄ではお受けできません。
 区役所への提出日ではありません。その見積書の作成日で結構です。

令和〇年〇月〇日

〇〇区長

御見積金額 ¥120,000.-

年間の総見積額を記載してください。
 金額は概算で構いません。
 ただし、区の給付決定は基準額までです。

件名: 障害日常生活用具(品目名)
 納品期日:
 納品場所:
 支払条件:
 有効期限:

見積書の作成者は、対外的にその事業者の代表権を有する方の名義でお願ひします(「代表取締役」や「店長」等)。また、事業者名に加え、役職名、代表者氏名を記載し、それに対応する代表者印又は店長印を押印してください。社印のみでは、お受けできません。
 上記による作成が難しい場合、事前に各区役所へご相談ください。

住所: 横浜市中区〇町〇-〇
 〇〇〇〇〇株式会社
 代表取締役 〇〇〇〇 (代表者印)
 TEL: ×××(×××)××××
 FAX: ×××(×××)××△△

見積書は、
 ・上半期(10月~3月)
 ・下半期(4月~9月)の範囲で、
 最大6か月分までです。
 各期をまたぐことは、できません。

品名	給付期間	単価	月数	金額
ストーマ用装具 一式(消化器系)	10~3月分	10,000円	6か月	¥60,000円
ストーマ用装具 一式(消化器系)	4~9月分	10,000円	6か月	¥60,000円
【納品予定商品】				
蓄便袋:(商品名)(メーカー名)				
固定具:(商品名)(メーカー名)				
消臭剤:(商品名)(メーカー名)				
合計				¥ 120,000

納品予定の商品名とメーカー名を記載してください。
 数量・金額などは記載不要です。

市民税課税世帯の場合は、制度対象額の1割をご負担いただきます。

備考
① 〇〇 〇〇様
② 〇〇区〇〇町〇番地
③ 10月~3月分及び4~9月分
①制度対象者の氏名 ②制度対象者の住所 ③見積期間