

寒河江市在宅酸素療法者支援事業実施要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、在宅酸素療法を行なう呼吸器機能障がい者に対する助成金の支給に関し、必要な事項を定めるものとする。

(対象者)

第2条 助成金の支給を受けることができる者（以下「対象者」という。）は、寒河江市に住所を有する者で、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に基づく呼吸器機能障害による身体障害者手帳（ただし、1級及び2級を除く。）を所持し、かつ、現に医師の処方により在宅酸素療法を行なっている者とする。

(登録申請)

第3条 助成金の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録申請書（様式第1号）に酸素濃縮器使用指示書（様式第2号）又は酸素濃縮器使用証明書（様式第3号）を添えて市長に提出するものとする。

(登録の決定及び通知)

第4条 市長は、前条の規定による申請があったときは、その内容を審査し、速やかにその登録の可否を決定するものとする。

2 市長は、前項の規定により登録を決定したときは、寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録決定通知書（様式第4号）により、申請を却下したときは寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録却下通知書（様式第5号）により、申請者に対し、通知するものとする。

3 市長は、登録の決定をした者を寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録簿（様式第6号。以下「登録簿」という。）に登載するものとする。

(助成金の支給等)

第5条 受給者は、毎年度3月の年1回、在宅酸素療法者助成金支給申請書（様式第7号）により助成金の支給を申請するものとする。

2 助成金の額は、1人につき月額1,600円とし、助成金の支給期間は、原則として対象者として認定された日の属する月から助成金の支給を受ける事由のなくなった日の属する月までとする。

（変更等の届出）

第6条 受給者又はその家族は、受給者が次の各号のいずれかに該当したときは、速やかに寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録申請事項変更届（様式第8号）により、市長に届出なければならない。

- (1) 氏名、住所又は障がい程度に変更があったとき。
- (2) 第2条に規定する条件に該当しなくなったとき。
- (3) 医療機関に入院し、又は施設等に入所したとき。
- (4) 死亡したとき。

（登録の抹消）

第7条 市長は、受給者が前条第2号、第3号又は第4号に該当する事由により助成金の支給対象者に該当しなくなったと認めたときは、当該受給者を登録簿から抹消するとともに助成金の支給を中止するものとする。

（委任）

第8条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

様式第 1 号

寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録申請書

寒河江市長 殿

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との関係:本人・家族()

寒河江市在宅酸素療法者助成事業実施要綱第 3 条の規定により登録申請します。

対 象 者 氏 名		生年月日	年 月 日
対 象 者 住 所			
身体障害者手帳	県第	号 (年 月 日交付)	種 級
	障 害 名		
在 宅 酸 素 療 法 開 始 時 期	年 月 日		

様式第 2 号

在宅酸素療法に係る酸素濃縮器使用指示書

使用 者 氏 名		生 年 月 日	年 月 日
使用 者 住 所			
酸素濃縮器の種類			
メ ー カ ー 名			
品 名 ・ 形 式			
使用開始時期	年 月 日		
吸入量・吸入時間	L/分	時間/日	

上記のとおり、使用を指示したことを証明します。

年 月 日

医療機関名
医療機関所在地
医師氏名

㊞

様式第3号

在宅酸素療法に係る酸素濃縮器使用証明書

使用者氏名		生 年 月 日	年 月 日
使用者住所			
酸素濃縮器の種類			
メーカー名			
品名・形式			
使用開始時期	年 月 日		
吸入量・吸入時間	L/分	時間/日	

上記記載事項に相違ないことを証明します。

年 月 日

会社名
所在地
担当者氏名

Ⓔ

番 号
年 月 日

様

寒河江市長

寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録決定通知書

年 月 日付けで申請のあった在宅酸素療法者助成金受給者登録について、下記のとおり受給対象者と認定し登録することを決定したので通知します。

受給者氏名		生年月日	年 月 日
受給者住所			
身体障害者手帳	県第 号 (年 月 日交付) 種 級		
	障 害 名		
助成対象始期	年 月 から		

注意事項

- 1 助成金の給付については、3月の年1回となりますので、その際、寒河江市在宅酸素療法者助成金支給申請書(様式第7号)を提出願います。
- 2 次の場合は、速やかに市長に届出てください。
 - (1) 氏名、住所、障がい程度が変更になった場合
 - (2) 酸素濃縮器を使用しなくなった場合
 - (3) 医療機関に入院し、又は施設等に入所した場合
 - (4) 受給者が死亡した場合

様式第 5 号

番 号
年 月 日

様

寒河江市長

寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録却下通知書

年 月 日付けで申請のあった在宅酸素療法者助成金受給者登録について、
下記の理由により登録を却下したので通知します。

記

理由

(不服申し立ての教示)

様式第7号

寒河江市在宅酸素療法者助成金支給申請書

寒河江市長 殿

年 月 日

申請者 住所
氏名
電話番号
対象者との関係:本人・家族()

寒河江市在宅酸素療法者助成事業実施要綱第5条の規定により助成金の支給を申請します。

受給者氏名		生年月日	年 月 日
受給者住所			
助成金支給申請期間	年 月 ~ 年 月 (月分)		
うち在宅酸素療法休止期間	入院・その他	年 月 日から	年 月 日
	入院・その他	年 月 日から	年 月 日
	入院・その他	年 月 日から	年 月 日
助成金振込先	金融機関名		
	口座名義人		
	口座番号	普通当座	

(事務処理欄)

助成金の額

月額 円 × 月分(休止期間 月分除く) = 円

確認者氏名

様式第8号

寒河江市在宅酸素療法者助成金受給者登録申請事項変更届

寒河江市長 殿

年 月 日

申請者 住 所
氏 名
電話番号
対象者との関係:本人・家族()

下記のとおり登録申請事項に変更がありましたので届出いたします。
記

受給者 氏 名	変更前		生年月日	年 月 日
	変更後		/	
受給者 住 所	変更前			
	変更後			
身 体 障 害 者 手 帳	県第 号 (年 月 日交付) 種 級			
	障 害 名			
医 療 機 関 へ の 入 院	病院名			
	入院 年月日	年 月 日		
施 設 等 へ の 入 所	施設名			
	入所 年月日	年 月 日		
その他				

※該当する項目に記入すること。