

令和8年度砥部町在宅寝たきり高齢者等介護手当支給事業実施要綱

砥部町告示第53号

令和8年3月18日

令和8年度砥部町在宅寝たきり高齢者等介護手当支給事業実施要綱

(目的)

第1条 この告示は、在宅の寝たきり高齢者及び重度の認知症高齢者（以下「在宅寝たきり高齢者等」という。）を常時介護している者に対して介護手当を支給し、介護負担の軽減を図るとともに、高齢者福祉の増進を図ることを目的とする。

(定義)

第2条 この告示において、次の各号に掲げる用語の意義は、それぞれ当該各号に定めるところによる。

- (1) 在宅寝たきり高齢者等 本町内に住所を有し、居宅において寝たきりの状態又は重度の認知症の症状が6月以上継続している65歳以上の者で、日常生活を営むのに常時介護を必要とする状態にある者をいう。ただし、1月に入・退院（所）日を含み15日以上入院（所）等をしている場合は在宅扱いとしない。
- (2) 介護者 在宅寝たきり高齢者等と同居し、生計を同じくする者で、現に在宅寝たきり高齢者等の日常生活の介護に当たっているものをいう。

(支給要件)

第3条 介護手当は、本町に引き続き6月以上居住する介護者で、住民基本台帳に記載されているものに支給する。

(介護手当の額等)

第4条 介護手当の支給額は、寝たきり高齢者等1人につき月額7千円とする。

ただし、町民税課税世帯については、月額5千円とする。

2 課税世帯の調査は、申請者の同意を得て課税台帳等で行う。

(申請)

第5条 介護手当の受給資格の認定を受けようとする者は、在宅寝たきり高齢者等介護手当支給申請書（様式第1号）を町長に提出しなければならない。

(決定の通知)

第6条 町長は、前条の申請書の提出があったときは、その内容を審査し、在宅寝たきり高齢者等介護手当支給決定（却下）通知書（様式第2号）により申請者に通知するものとする。

(支給期間及び支給月)

第7条 介護手当の支給期間は、支給認定日の属する月から、受給資格を失った日の属する月までとする。

2 介護手当は、4月から9月までの分を10月に、10月から翌年3月までの分を4月に支給する。ただし、次条の規定により受給資格が消滅した場合は、これを繰り上げて支給することができるものとする。

(受給資格の消滅)

第8条 第6条の規定による支給決定を受けた者（以下「受給者」という。）が第3条の要件を欠くこととなったときは、速やかに在宅寝たきり高齢者等介護手当受給資格消滅届（様式第3号）を町長に提出しなければならない。

(変更の届出)

第9条 受給者は、住所、氏名又は口座番号を変更したときは、速やかに在宅寝たきり高齢者等介護手当申請事項変更届（様式第4号）を町長に提出しなければならない。

2 受給者が、受給資格を失った場合において、その者に代わって引き続き在宅寝たきり高齢者等の介護にあたらうとするものは、在宅寝たきり高齢者等介護手当介護者変更届（様式第5号）を町長に提出しなければならない。

(手当の返還)

第10条 町長は、偽りその他不正な手段等により介護手当の支給を受けた者に対し、支給額に相当する金額の全部又は一部を返還させることができる。

2 前項の規定による介護手当の返還は、在宅寝たきり高齢者等介護手当返還命令書（様式第6号）により介護手当を返還すべき者に通知するものとする。

(帳簿の整理)

第11条 町長は、介護手当の支給を明らかにするため、在宅寝たきり高齢者等介護手当受給者台帳を備え、適切に整理しなければならない。

(その他)

第12条 この告示に定めるもののほか、事業の実施に関し必要な事項は、別に町長が定める。

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。

様式第1号（第5条関係）

在宅寝たきり高齢者等介護手当支給申請書

年 月 日

砥部町長 様

次のとおり、在宅寝たきり高齢者等介護手当の支給を申請します。

申請者	住所			電話		
	氏名			生年月日	続柄	
在宅寝たきり高齢者等	住所					
	氏名			生年月日	年齢	
	寝たきり又は認知症になった時期及び原因	年 月 日ごろ (病名等)				
世帯状況	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
振込金融機関	銀行 支店 金庫 支所 農協		口座番号			
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	フリガナ			
			名義人			

※この申請書には、診療情報提供書を添付してください。

診 療 情 報 提 供 書

砥部町長 様

年 月 日

紹介元医療機関名

医師名

署名又は記名押印)

利用者氏名

_____ 年 月 日生 (歳)

住所 伊予郡砥部町

電話番号

職業

利用者のプロフィール (該当するものに○)

体格 (大 中 小) 栄養 (過剰 良 不良) 視力障害 (無 軽度生活障害 重度障害有)
聴力障害 (無 補聴器必要 重度障害有)

ねたきり度

- J 自立 何らかの障害を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
- A 準寝たきり 屋内での生活は、おおむね自立しているが、介助なしには外出しない
- B 寝たきり 1 屋内での生活に何らかの介助を要し、日中もベッド上の生活が主であるが、座位可能
- C 寝たきり 2 1日中ベッド上で過ごし、排泄・食事・着替において介助を要する

上記状態の発生時期 年 月 ・ 不明

日常生活動作 (ADL) の状況

移動 自立・一部介助・全面介助／独歩、車椅子、ストレッチャー
排泄 自立・一部介助・全面介助 入浴 自立・一部介助・全面介助
着替 自立・一部介助・全面介助 整容 自立・一部介助・全面介助
食事 自立・一部介助・全面介助 その他 ()

認知症高齢者の日常生活自立度

- I 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している
- II 日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意すれば自立可能
- III 日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さが時々みられ、介護を必要とする
- IV 日常生活に支障を来たすような症状、行動や意思疎通の困難さがひんぱんにみられ、常に介護を必要とする
- V 著しい精神症状や問題行動又は重篤な身体疾患がみられ専門医療を必要とする

上記状態の発生時期 年 月 ・ 不明

病名及び病状 (疑診も含む)、訪問診療 (有、無)

他院受診状況 (問診による) 無、有 科 病状等

介護における注意点及び感染症情報

在宅生活を豊かにするために必要なサービス (該当するものに○)

ヘルパー派遣 保健師訪問 訪問看護ステーションの看護師派遣 デイケア等の施設利用
訪問リハビリ 住宅改造 所得補償関係 (介護手当、障害認定、特別障害児手当、オムツ補助等)

その他意見

様式第2号（第6条関係）

在宅寝たきり高齢者等介護手当支給決定（却下）通知書

第 号
年 月 日

様

砥部町長



年 月 日付けで申請のあった介護手当の支給については、次のとおり決定したので通知します。

在宅寝たきり 高齢者等	住 所	砥部町
	氏 名	
受 給 者	住 所	砥部町
	氏 名	
<input type="checkbox"/> 支給を決定します <input type="checkbox"/> 支給申請を却下します		
決 定 事 項	支 給 手 当 月 額	
	支 給 認 定 日	
	支 給 方 法	手当は、4月及び10月の2期にそれぞれの前月までの分を依頼のあった金融機関口座に振り込みます。
却 理 下 由		

様式第3号（第8条関係）

在宅寝たきり高齢者等介護手当受給資格消滅届

年 月 日

砥部町長 様

住 所 _____

申請者

氏 名 _____

次のとおり、在宅寝たきり高齢者等介護手当の受給資格を失いましたので、届け出ます。

受給者	住所			
	氏名		電話番号	
在宅寝たきり 高齢者等の 氏 名				
受給資格		<p>1 受給者について、次の事由が生じた。</p> <p>(1) 県内の他の市町及び県外に転出した</p> <p>(2) 介護をしなくなった</p> <p>(3) 死亡した</p> <p>(4) その他 ()</p> <p>2 在宅寝たきり高齢者等について、次の事由が生じた</p> <p>(1) 県内の他の市町及び県外に転出した</p> <p>(2) 回復した</p> <p>(3) 施設に入所した ()</p> <p>(4) 入院した ()</p> <p>(5) 死亡した</p> <p>(6) その他 ()</p>		
発生年月日		年 月 日		

様式第4号（第9条関係）

在宅寝たきり高齢者等介護手当申請事項変更届

年 月 日

砥部町長 様

住 所 _____

申請者

氏 名 _____

次のとおり、在宅寝たきり高齢者等の介護者の申請事項に変更があったので届け出ます。

介護者の氏名変更	変更前の氏名			
	変更後の氏名		生年月日	年 月 日
介護者の住所変更	変更前の住所			
	変更後の住所			
介護者の振込先変更	変更後の振込金融機関	銀行 金庫 農協	支店 支所	口座番号
				フリガナ
	種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座 名義人	
申請事項変更年月日		年 月 日		
備 考				

様式第5号（第9条関係）

在宅寝たきり高齢者等介護手当介護者変更届

年 月 日

砥部町長 様

住 所 _____

申請者

氏 名 _____

次のとおり、在宅寝たきり高齢者等の介護者を変更しましたので届け出ます。

新 介 護 者	住 所			電話番号		
	氏 名			生年 月日	年 月 日	続柄
在宅寝たきり 高 齢 者 等 の 氏 名						
振込金融機関		銀行 金庫 支店 農協 支所		口 座 番 号		
		種別		フリガナ		
		<input type="checkbox"/> 普通	口 座			
		<input type="checkbox"/> 当座	名義人			
旧 介 護 者	氏 名					
	住 所					
変 更 理 由						
変 更 年 月 日		年 月 日				
備 考						

様式第6号（第10条関係）

在宅寝たきり高齢者等介護手当返還命令書

第 号
年 月 日

様

砥部町長



次のとおり、在宅寝たきり高齢者等介護手当支給事業実施要綱第10条の規定により、次のとおり手当の返還を命じます。

返還義務者 (受給者)	住所	
	氏名	
在宅寝たきり 高齢者等	住所	
	氏名	
返還金額	年 月から 金額 円 年 月まで	
返還理由		
返還期限		
返還方法	同封の納入通知書により、町指定金融機関にお支払いください。	
備考		