

紙おむつ等介護用品支給事業

<事業内容>

家族の介護を支援することを目的として、常時おむつを使用している在宅の高齢者に対し、紙おむつ等(紙おむつ・パジャマ・おむつカバー・防水シート)を支給する事業です。

<支給対象者> ※以下1.~5.をすべて満たす方が対象となります。

1. 介護保険の被保険者
2. 住民税非課税世帯の方
3. 要介護認定が要介護1~5で常時失禁状態にある方
4. 介護保険料を滞納していない方
5. 在宅で生活している方

※ 月に15日以上入院している方は対象外です。

※ 月に15日以上入所している方は対象外です。(短期入所含む)

<支給用品>

紙おむつ	フラットタイプ	1か月	120枚	偶数月に2ヶ月分支給 ※奇数月決定の場合は 初回のみ1か月分支給
	パンツタイプ (テープ止めタイプ)	1か月	60枚	
	リハビリタイプ (はくタイプ)	1か月	30枚	
	尿取りパット	1か月	240枚	
	尿取りパット (ワイド)	1か月	120枚	
おむつカバー		年	3枚	6・10・2月
防水シート		1か月	2枚	偶数月に2ヶ月分支給 ※奇数月決定の場合は 初回のみ1か月分支給
パジャマ		年	3着	6・10・2月

※ 紙おむつ併用の場合(例：パンツタイプ + 尿取りパット)、枚数は半分ずつとなります。

※ 支給内容の変更を希望する場合は、支給月の**前月15日まで**に平群町役場福祉課へ申し出て下さい。

※ 要介護者について次の事由が発生した時は、直ちに平群町役場福祉課まで届け出てください。

- ・ 住所の変更
- ・ 寝たきり状態の回復
- ・ 月に15日以上入院
- ・ 月に15日以上入所 ※短期入所含む
- ・ 死亡

<利用料>

利用料金は **無 料** です。

<申請・問い合わせ先>

名 称	所 在 地	電 話 番 号
平群町役場福祉課	平群町吉新1-1-1	0745-45-5872