

紙おむつの購入助成について

給付対象者は、次のいずれかに該当される方

- ①高度の排便機能障害があり、そのことで手帳を所持している者
- ②高度の排尿機能障害があり、そのことで手帳を所持している者
- ③脳原性運動機能障害かつ意思表示困難な者（3歳以上）

※③の方は医師の意見書（任意の様式）の提出が必要です。

※ストマ用装具との併給は不可

給付対象品目
・紙おむつ ・尿取りパッド ※おしりふきは給付対象外です。

給付限度額は **12,600円/月（税込み）**

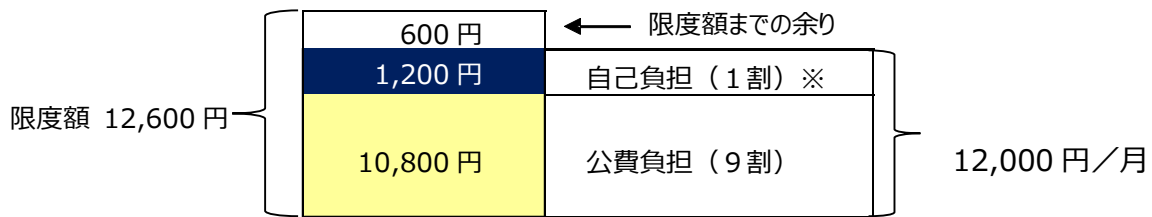
給付限度額内で原則1割が自己負担となり、9割が公費負担となります。

【例1】

12,000円/月の紙おむつを購入する場合

自己負担は12,000円の1割 = 1,200円

公費負担（三原市の支払額） = 12,000円 - 1,200円 = 10,800円



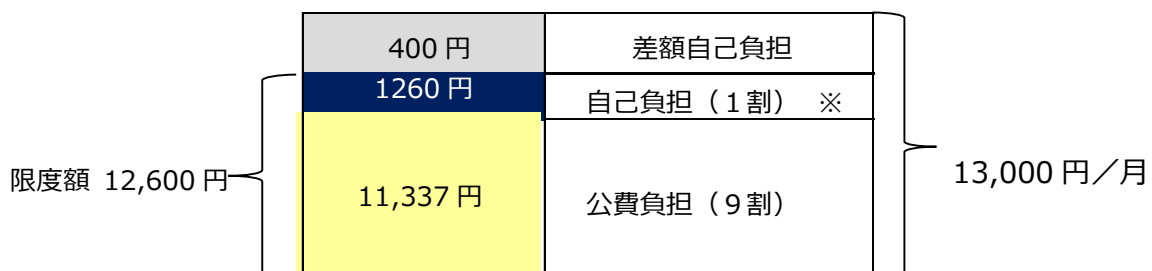
※障害者本人及び配偶者が市町村民税非課税の場合、1割負担は発生しません。

【例2】

13,000円/月の紙おむつを購入する場合

自己負担は限度額12,600円の1割 = 1,260円 と 差額の400円を足して 1,660円

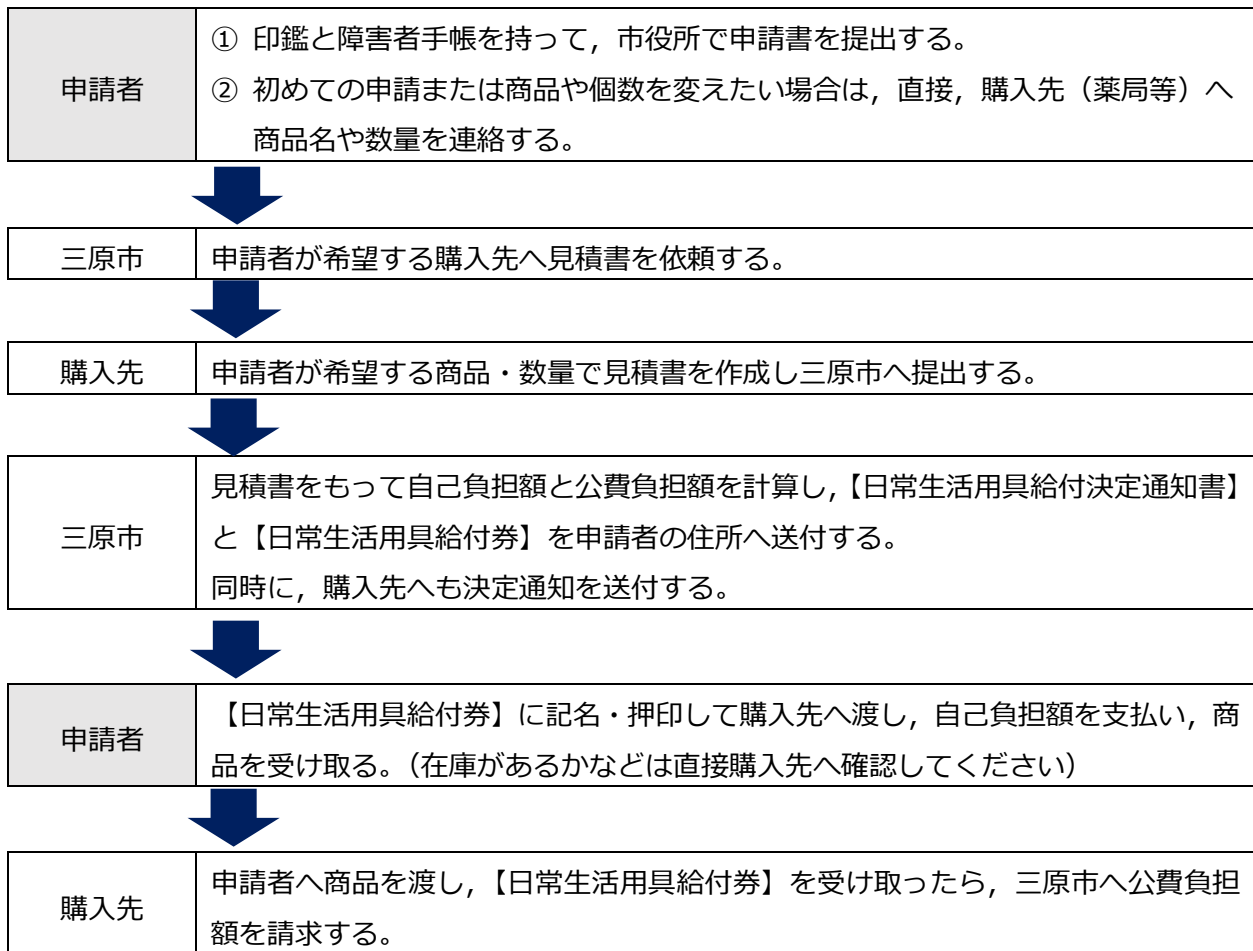
公費負担（三原市の支払額） = 13,000円 - 1,663円 = 11,337円



※障害者本人及び配偶者が市町村民税非課税の場合、1割負担は発生しません。

裏面に続きます

申請・給付手順について



申請は基本的に2ヶ月単位で、2ヶ月で1枚の給付券を発行します。

1回の申請につき、最長で6ヵ月（3枚分）の申請が可能です。

ただし年度で区切られるため、3月末を超える申請は受け付けられません。4月分からは別途申請をお願いいたします。

商品・数量などを前回の申請内容と変える場合には、購入先（薬局等）に商品名や数量をご連絡ください。三原市は申請者が購入先（薬局等）へ連絡している商品・数量で決定をします。市役所で変更の手続きはできません。窓口で「前回と同様で構わない」と申し出られる場合は、前回申請時と全く同じ内容で見積りを依頼します。

給付は手帳取得後、申請月以降が対象となります。申請月の前月以前にさかのぼる給付はできません。また、決定した期間内での商品の返品・交換はできませんのでご注意ください。

【申請・相談窓口】

〒723-8601 三原市港町三丁目5番1号 三原市障害者福祉課

電話：0848-67-6060 FAX：0848-64-2130