

山口市家族介護慰労事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、要介護者を在宅で介護している介護者に対して、家族介護慰労金（以下「慰労金」という。）を支給することにより、介護者の慰労と負担軽減を図るとともに、要介護者及び介護者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

(定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の意義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 要介護者 介護保険法（平成9年法律第123号。以下、「法」という。）第7条第3項各号に規定する要介護者で、山口市において要介護状態区分が要介護3以上と認定された者。
- (2) 介護者 要介護者を介護している同居している家族（同一敷地内又は隣地に居住していて事実上同居に近い形で介護にあっていると市長が認めた者を含む。）
- (3) 対象期間 慰労金を支給する対象とすべき期間であって、支給要件を充足しているとして介護者が申し出る1年間

(支給対象者)

第3条 慰労金は、次の各号のすべてに該当する場合、介護者に支給する。

- (1) 対象期間において、介護者が要介護者を在宅で介護していること。ただし、要介護者が医療機関へ入院した期間が通算して90日以内の場合は、対象期間に含むものとする。
- (2) 要介護者が対象期間において、法に規定する介護保険サービス（福祉用具貸与、特定福祉用具販売及び住宅改修を除く。）の利用日数の合計が10日以内であること。
- (3) 対象期間において、要介護者と介護者が本市に住所を有すること。
- (4) 慰労金の申請日の属する年度において、要介護者及び介護者の属する世帯全員が市民税非課税であること。
- (5) 要介護者及び介護者の属する世帯全員が介護保険料の滞納がないこと。
- (6) 過去に慰労金の支給対象者となった要介護者に係る申請については、申請しようとする対象期間の初日が、前回対象期間の末日の翌日以降であること。

(支給額)

第4条 慰労金の支給額は、年額10万円とする。

(申請)

第5条 慰労金の申請をしようとする者（以下「申請者」という。）は、家族介護慰労金支給申請書（様式第1号）を、市長に提出しなければならない。ただし、同一対象期間にお

ける同一要介護者について申請することができる介護者は一人とする。

2 前項の申請は、対象期間の末日の翌日から1年以内にしなければならない。

(支給の決定)

第6条 市長は、前条の申請があったときは、その内容を調査して慰労金の支給の可否を決定し、家族介護慰労金支給（不支給）決定通知書（様式第2号）により、その結果を申請者に通知するものとする。

(返還)

第7条 市長は、偽りその他不正の手段により慰労金の支給を受けた者があるときは、慰労金の支給決定を取り消し、当該慰労金を返還させることができる。

(その他)

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

(施行期日)

1 この要綱は、平成31年4月26日から施行し、平成31年4月1日から適用する。

(旧要綱の廃止)

2 山口市家族介護慰労事業実施要綱（平成17年10月1日施行）は、廃止する。

附 則

この要綱は、令和3年3月1日から施行する。

家族介護慰労金支給申請書

年 月 日

山口市長 様

申請者（介護者） 住所

氏名

要介護者との続柄 ()

電話番号

以下により、家族介護慰労金の支給を申請します。

被 保 険 者 （ 要 介 護 者 ）	介護保険被保険者番号							
	ふりがな					生年 月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名 <small>(介護を受けている方)</small>							
	住 所	山口市						
	介護状態区分及び認定有効期間	要介護 () 年 月 日 ~ 年 月 日						
	慰労金支給対象期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
	対象期間中の入院の有無	なし あり						
介 護 者	対象期間中に利用した介護保険サービスの有無	なし あり						
	振 込 先	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	預金種目 普通 当座 その他	口座番号			
		ふ り が な						
		口座名義人（介護者）						
<p style="text-align: center;">同 意 書</p> <p>申請に係る審査に必要な下記の情報について、市が調査することに家族全員が同意します。</p> <p>①被保険者及び介護者の世帯の課税状況及び収納状況</p> <p>②被保険者の介護保険給付状況</p> <p>③被保険者の医療給付状況</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者住所</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (※)</p> <p style="text-align: center;">(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。</p>								

市確認欄

介護状態区分	要介護3・要介護4・要介護5	課 税 状 況	課税 ・ 非課税	医 療 給 付 状 況	有 ・ 無
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	滞 納 状 況	有 ・ 無	介護保険給付状況	有 ・ 無

(様式第2号)

年 第 号
月 月 日

様

山口市長

(印)

家族介護慰労金 支給（不支給）決定通知書

年 月 日付けで申請のありました山口市家族介護慰労金につきまして、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

被 保 険 者	被保険者番号	
	氏 名	
介 護 者	住 所	
	氏 名	
対 象 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	

次のとおり支給を決定します。

支 給 金 額	円
支 払 方 法	口座払
振 込 先 金 融 機 関	

次の理由により不支給とします。

理由
