

# 小児慢性特定疾病児童日常生活用具の給付について

## ◎ 日常生活用具の給付について

在宅の小児慢性特定疾病児童に対し、日常生活の便宜を図るために必要な生活用具を給付します。

給付種目や対象者（障害者総合支援法による同様事業の対象とならない方）については、下記のとおりです。

なお、給付世帯の所得に応じ自己負担があります。

用具種目	対象者
便器	常時介助を要する者
特殊マット	寝たきりの状態にある者
特殊便器	上肢機能に障がいのある者
特殊寝台	寝たきりの状態にある者
歩行支援用具	下肢が不自由な者
入浴補助用具	入浴に介助を要する者
特殊尿器	自力で排尿できない者
体位変換器	寝たきりの状態にある者
車椅子	下肢が不自由な者
頭部保護帽	発作等により頻繁に転倒する者 (在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)
電気式たん吸引器	呼吸器機能に障がいのある者
ケルベスト	体温調節が著しく難しい者
紫外線カットクリーム	紫外線に対する防御機能が著しく欠けて、がんや神経障害を起こすことがある者
ネブライザー(吸入器)	呼吸器機能に障がいのある者
パルスオキシメーター	人工呼吸器の装着が必要な者
ストマ装具(消化器系)	人工肛門を造設した者 (在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)
ストマ装具(尿路系)	人工膀胱を造設した者 (在宅以外(入院中又は施設入所)の者についても対象)
人工鼻	人工呼吸器の装着又は気管切開が必要な者
チューブ型包帯	皮膚疾患群に罹患しており、軽微な外力により水疱やびらんを生じ、皮膚障がいを起こすことがある者

## 申請に必要な書類等

- ① 日常生活用具給付申請書(様式第1号)
- ② 同意書(所得情報等の確認のため必要となるもの)
- ③ 医療意見書(医師が記入)(様式第2号)
- ④ 申請者及び扶養義務者の個人番号(マイナンバー)確認資料<sup>(※)</sup>  
(※個人番号カード、通知カード等 「②同意書」に記入欄があります)
- ⑤ 小児慢性特定疾病医療受給者証の写し
- ⑥ 購入希望する用具のカタログ及び購入希望業者からの見積書

〒320-8540 宇都宮市旭1-1-5  
宇都宮市 子ども部 子ども支援課  
電話 632-2296

## ◎ 給付までの流れ（※）

- ① 医療意見書（様式第2号）を用意する。  
（用具種目や型式，必要とする理由などを医療機関へご相談ください。）
- ② 希望する用具を取り扱う業者へ見積書の作成を依頼する。
- ③ 必要書類を揃えて，宇都宮市に申請する。
- ④ 給付が決定されたら，宇都宮市から次の通知が送付される。
  - ・小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付決定通知書（様式第4号）
  - ・小児慢性特定疾病児童日常生活用具給付券（様式第5号）  
（給付が行われない場合は，却下決定通知書が送付されます。）
- ⑤ 通知書が届いたら，当該用具を取り扱う業者に用具を発注する。
- ⑥ 業者から用具を納入してもらう際，給付券（様式第5号）の用具受領欄に，保護者（申請者）が署名し，業者に手渡すとともに，給付券に記入されている扶養義務者が支払うべき額を支払う。

※ 申請前や給付券が届く前に，既に購入してしまった用具への給付は行えませんのでご注意ください。

## ◎ 給付された用具の管理

給付を受けた用具は，当該用具を給付の目的に反して使用し，譲渡し，交換し，貸し付け又は担保に供することなく有効に活用してください。不正な使用がわかった場合は返金等となります。

また，用具には，耐用年数が設定されているものがあります。原則として，耐用年数内での再給付は行っておりませんのでご注意ください。（ただし，故障などにより，修理不能な場合等を除く）

## ◎ 用具購入における自己負担

区分の認定（下表の区分）は、当該児童の属する世帯の構成員及びそれ以外の者で現に児童を扶養しているもののうち、当該児童の扶養義務者のすべてについて、その市民税等の課税の有無により行います。

（※1）同一世帯において、2人以上の対象者がおり、それぞれ用具を購入した場合、自己負担が軽減

区 分		自己負担額（※1）	
A	生活保護世帯及び支援給付受給世帯（※2）	0円	
B	A階層を除き当該年度分の市民税非課税世帯	1,100円	
C	A階層及びB階層を除き当該年度分の市民税均等割の額のみ課税世帯	2,250円	
D 1	A階層、B階層及びC階層を除き当該年度分の市民税の課税世帯であって、その市民税所得割の額の区分が次の区分に該当する世帯	所得割の年額 3,000円以下	2,900円
D 2		3,001～5,800円	3,450円
D 3		5,801～8,700円	3,800円
D 4		8,701～13,000円	4,250円
D 5		13,001～17,400円	4,700円
D 6		17,401～22,400円	5,500円
D 7		22,401～28,200円	6,250円
D 8		28,201～58,400円	8,100円
D 9		58,401～75,000円	9,350円
D 1 0		75,001～96,600円	11,550円
D 1 1		96,601～121,800円	13,750円
D 1 2		121,801～175,500円	17,850円
D 1 3		175,501～221,100円	22,000円
D 1 4		221,101～380,800円	26,150円
D 1 5		380,801～549,000円	40,350円
D 1 6		549,001～579,000円	42,500円
D 1 7		579,001～700,900円	51,450円
D 1 8		700,901～849,000円	61,250円
D 1 9		849,001～1,041,000円	71,900円
D 2 0		1,041,001以上	全 額

される制度があります。

（※2）「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」に規定する支援給付受給世帯を含む。



(様式第1号)

小児慢性特定疾病児童日常生活用具 給付申請書

令和 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

住所 宇都宮市

申請者(保護者)

氏名

電話番号

給付対象者との続柄 ( )

下記のとおり日常生活用具給付を申請します。

対象者	氏名				生年月日	平成 令和	年	月	日生 ( 歳)	
	住所	宇都宮市								
	疾病名				受給者 番号					
世帯の 状況	氏名	対象者 との続柄	生年月日	職業	備考 (対象者に対する介護の状況等)					
給付を希望する理由										
現在の住いの状況	住 宅	1 自宅 2 借家(貸主の諾否)			浴 槽	1 和式 2 洋式 3 なし	便 器	1 和式 2 洋式 3 携帯用		
現在の 介護の 状況	入 浴	1 他人の介助を必要 2 清拭のみ 3 入浴、清拭とも していない 4 自分でできる		排 便	1 他人の介助を 必要 2 便器(携帯用) 使用 3 自分でできる		移 動	1 車椅子使用 2 他人の介助を必要 (一部、全部) 3 自分でできる		
給付を受けたい 用具の名称						希望する型 式、規模等				
給付上 特に希望する事項										
備 考										





