

# 介護用品購入費の助成申請をされる方へ

## 1. 対象となる方

在宅介護を受けている常時おむつが必要な方で、次のいずれかの要件に該当する方

- ① 要介護3・4・5で65歳以上の方
- ② 身体障害の程度が1級または2級の方

※次のような場合は支給できません。

- ・介護保険料を滞納している場合
- ・病院に入院、または施設（ケアハウス、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、グループホーム等含む）に入所されていた期間中に購入された場合

## 2. 対象となるもの及び助成額

対象者	対象となるもの及び対象期間	助成額
要介護3	紙おむつ、尿取りパッドの購入費用 (令和7年3月1日から令和8年 2月28日までに購入されたもの)	下記の額を上限とする購 入費の9割の額 月額2,500円×12月※
要介護4・5 身体障害1・2級	紙おむつ、尿取りパッドの購入費用 (令和7年3月1日から令和8年 2月28日までに購入されたもの)	下記の額を上限とする購 入費の9割の額 市民税課税世帯： 月額4,000円×12月※ 市民税非課税世帯： 月額6,000円×12月※

※施設入所及び病院入院等の期間は、上限額の月数から除きます。

## 3. 申請に必要なもの

### ① 申請書・明細書

**※要介護3の方はケアマネジャーに申請書裏面の在宅状況を記入してもらってください。**

### ② 購入品と購入年月日の記載のある領収書（レシート可）

※領収書のただし書きやレシートの印字で購入商品名が確認できる原本を提出してください。（領収書を切断しないでください。）

※領収書には対象者の氏名を記入してください。

※なるべく対象商品のみの領収書をお願いいたします。

### ③ 振込を希望される金融機関の通帳

※原則として対象者名義の口座

対象者名義の口座がない場合は申請者名義でもかまいません。

### ④ 介護保険被保険者証または身体障害者手帳

## 4. 申請時期

令和8年2月9日（月）～3月6日（金）

**※期限後は受付いたしませんのでご注意ください。**

## 5. 支払予定日

令和8年4月末

## 6. 提出先

市役所福祉課窓口（市庁舎東別館1階）

〒936-8601 滑川市寺家町104番地

**※申請は、毎年度必要になります。提出された領収書分については、医療費控除を受けることはできません。（領収書の返却はいたしません。）**

■お問合せ先 滑川市 福祉課 高齢福祉係・社会福祉係  
介護認定を受けている方：076-475-1426  
障害者手帳をお持ちの方：076-475-1377

