

○北上市在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成事業実施要綱

平成17年 3 月 31 日

告示第21号

改正 平成18年 9 月 29 日 告示第106号

平成20年 5 月 30 日 告示甲第30号

平成27年12月28日 告示甲第44号

(目的)

第1 この告示は、診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号）で定められた在宅酸素療法（以下「在宅酸素療法」という。）を必要とする者に対し、酸素濃縮器の使用に係る電気料金の一部を助成することにより、在宅酸素療法患者の健康維持を図ることを目的とする。

（平18告示106・平20告示甲30・一部改正）

(助成対象者)

第2 この事業の助成の対象者は、市内に住所を有し、在宅酸素療法を行っている者とする。ただし、次の各号のいずれかに該当する者は、対象としない。

(1) 身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）第15条第1項に規定する身体障害者手帳の交付を受けている者（同項ただし書に規定する保護者が交付を受けているときは、本人）で、当該身体障害者手帳に記載されている障害の級別が1級又は2級のもの

(2) 特別児童扶養手当等の支給に関する法律（昭和39年法律第134号）第3条の規定により、特別児童扶養手当を支給されている者が監護又は養育する同条に定める要件に該当する障害児で、同法第2条第5項に規定する1級の障害等級に該当するもの

(3) 国民年金法（昭和34年法律第141号）の規定により同法に規定する障害基礎年金を支給されている者（同法の規定により支給を一時停止されている者を含む。）で、同法第30条第2項に規定する1級の障害等級に該当するもの

(助成金)

第3 この事業の助成の額（以下「助成金」という。）は、別表のとおりとする。

2 助成金は、別表中の該当する1日当たりの吸入時間の区分ごとに定める1月当たりの酸素濃縮器使用助成単価に支給対象月数を乗じた額を一括して支給する。ただし、入院等により在宅での酸素濃縮器の使用を休止した期間がある場合の支給対象

月数については、当該使用休止期間の日数の合計を30で除して得た数（当該数字に少数点以下の端数があるときは、これを切り捨てるものとする。）を助成対象月数から減じて算出するものとする。

（助成の申請及び認定等）

第4 この事業の助成を受けようとする者は、在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定申請書（様式第1号）により、市長に申請しなければならない。

2 市長は、前項の申請書を受理したときは、これを審査し、助成を受ける資格（以下「助成資格」という。）があると認めた場合にあっては、在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定書（様式第2号）により、助成資格がないと認めた場合にあっては在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成不認定通知書（様式第3号）により、当該申請を行った者に通知するものとする。

（認定内容の変更）

第5 第4の規定により認定を受けた者（以下「認定者」という。）は、次の各号のいずれかに該当するときは、在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定変更届（様式第4号）により、遅滞なく市長に届け出なければならない。

- （1） 氏名を変更したとき。
- （2） 市内において住所を変更したとき。
- （3） 1日当たりの酸素吸入時間に変更があったとき。
- （4） 助成金振込指定口座に変更があったとき。

2 市長は、前項の変更届により助成資格の変更を決定したときは、在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定変更通知書（様式第5号）により、当該届出を行った者に通知するものとする。この場合において、助成金に変更が生じるときは、翌月1日から変更するものとする。

（助成資格の喪失）

第6 認定者は、次の各号のいずれかに該当するときは、遅滞なく、在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成資格喪失届（様式第6号）により、市長に届け出なければならない。

- （1） 死亡したとき。
- （2） 疾患が治癒し、酸素濃縮器を使用する必要がなくなったとき。
- （3） 第2各号のいずれかに該当したとき。
- （4） 北上市以外に住所を変更したとき。

（助成対象期間）

第7 助成対象期間は、毎年1月1日から12月31日までとする。ただし、新たに認定者となった者に係る助成対象期間の始期については、申請を受理した日の属する月の翌月1日からとする。

（助成金の支給）

第8 認定者は、認定を受けた年の翌年以降、毎年1月1日から2月末日までの間に前年分の助成金の請求を行うことができる。

2 認定者は、第6に掲げる事由に該当し助成資格を喪失したときは、助成資格を喪失した月までの当該年分の助成金の請求を行うことができる。

3 助成金の支給を受けようとする者は、必要書類を添えて在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成金請求書（様式第7号。以下「請求書」という。）を、市長に提出しなければならない。

4 市長は、請求書を受理したときは、これを審査し、支給額を決定し、30日以内に支給するものとする。

（助成金の返還）

第9 市長は、偽りその他の不正の手段により助成金を受けた者があると認めたときは、その者から既に支給した助成金の全部又は一部を返還させることができる。

（補則）

第10 この告示に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

制定文 抄

平成17年4月1日から施行する。ただし、平成17年度に限り、平成17年4月1日以前から在宅酸素療法を行っている者の助成対象の始期は、平成17年4月1日からとする。

改正文（平成18年告示第106号）抄

平成18年4月1日から適用する。

改正文（平成27年告示甲第44号）抄

平成28年1月1日から施行する。

別表（第3関係）

1日当たりの吸入時間	1月当たりの酸素濃縮器使用助成単価
1日12時間まで	円 800

1 日12時間を超え24時間まで	1,900
------------------	-------

様式第1号(第4関係)

年 月 日

北上市長 様

申請者 住 所
氏 名 ⑩
(個人番号：)

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定申請書

北上市在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成事業実施要綱第4第1項の規定により、関係書類を添えて申請します。

記

1 在宅酸素濃縮器使用者(申請者と異なる場合)

住 所	
氏 名	個人番号：
申 請 者 と の 続 柄	

2 在宅酸素濃縮器使用状況

疾 患 名 (障 害 名)	
1日当たりの酸素濃縮器 の 使 用 時 間	① 12時間まで ② 12時間を超え24時間まで
酸 素 濃 縮 器 の 使 用 開 始 年 月 日	年 月 日
診断を受けた医療機関名	

上記「1日当たりの酸素濃縮器の使用時間」の欄には、該当する番号に○印をしてください。

3 助成金振込指定口座

金融機関名	店 名	口 座 別	口 座 番 号	口座名義人 (カタカナ)
	本 店 支 店	普通・当座		

注意事項

- (1) 本申請書を提出する場合は、「在宅酸素療法指示書(写)」を添付してください。
- (2) 口座名義人は原則として、使用者本人としてください。本人以外の口座となる場合は、その範囲を民法上の扶養義務者(配偶者、直系血族、兄弟姉妹)としてください。また、本人以外の口座の場合、助成金の請求の際に続柄を確認できる書類の添付が必要です。

様式第2号(第4関係)

年 月 日

様

北上市長



在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定書

年 月 日付けで申請のあった在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定申請について、下記のとおり認定します。

記

認定番号 ー

認定者氏名

性別 男 ・ 女

生年月日 年 月 日

助成認定月 年 月(助成対象始期年月 年 月)

1日当たりの酸素濃縮器の使用時間 12時間まで ・ 12時間を超え24時間まで

<注意事項>

○ 助成金の請求は、必ず毎年1月1日から2月末日までに行ってください。

○ 助成金は、1年分(1月～12月)を一括して交付します。

○ 次に掲げる事項に該当する場合は、届け出てください。

- ① 氏名を変更したとき。
- ② 住所を変更したとき。
- ③ 1日当たりの酸素濃縮器の使用時間に変更があったとき。
- ④ 助成金振込指定口座に変更があったとき。
- ⑤ 疾患が治癒し、酸素濃縮器を使用する必要がなくなったとき。
- ⑥ 1級又は2級の身体障害者手帳の交付を受けたとき。
- ⑦ 「特別児童扶養手当等の支給に関する法律」に定める1級の障害等級に該当したとき。
- ⑧ 国民年金法に定める障害基礎年金の1級の障害等級に該当したとき。
- ⑨ 死亡したとき。

○ 上記事由により資格を喪失した場合は、ただちに助成金の請求を行うことができません。

○ この認定書は、大切に保管してください。

様式第3号(第4関係)

年 月 日

様

北上市長



在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成不認定通知書

年 月 日付で申請のあった在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定申請については、次の理由により助成対象者としては認定できませんので、通知します。

使用者の氏名	
不 認 定 理 由	

様式第4号(第5関係)

年 月 日

北上市長 様

届出者 住 所

氏 名 ㊟

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定変更届

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成事業実施要綱第5の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

認 定 者 氏 名		認 定 番 号	
変 更 年 月 日	年 月 日		
変 更 事 項 (該当する番号に○印を付けてください。)	(1) 氏名の変更 (2) 北上市内での住所変更 (3) 1日当たりの酸素吸入時間の変更 (4) 助成金振込指定口座の変更		
変 更 後 の 内 容			

(注意事項)

本認定変更届については、以下の書類を添付してください。

- ※1 (3)の変更の場合 在宅酸素療法指示書(写)
- ※2 (4)の変更の場合 預金通帳(氏名、口座番号の記載のあるもの)

様式第5号(第5関係)

年 月 日

様

北上市長



在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定変更通知書

年 月 日付けで届出のあった在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成認定変更について、次のとおり決定したので、通知します。

認 定 者 氏 名	
変 更 年 月 日	年 月 日
変 更 事 項	
変 更 の 理 由	

様式第6号(第6関係)

年 月 日

北上市長 様

届出者 住 所

氏 名 ㊦

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成資格喪失届

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成事業実施要綱第6の規定により、関係書類を添えて届け出ます。

認 定 者 氏 名		認 定 番 号	
資 格 喪 失 年 月 日	年 月 日		
資 格 喪 失 事 項 (該当する番号に○印を付けてください。)	(1) 死 亡 (2) 疾患の治癒 (3) 障害等級の変更 (4) 北上市外への住所変更		

(注意事項)

本資格喪失届については、以下の書類を添付してください。

- ※ 1 (2)の場合 在宅酸素療法指示書(写)
- ※ 2 (3)の場合 変更後の障害等級がわかる手帳等

様式第7号(第8関係)

年 月 日

北上市長 様

住 所
氏 名

印

在宅酸素療法患者酸素濃縮器使用助成金請求書

在宅酸素療法酸素濃縮器使用助成金交付要綱第8第3項の規定により、請求します。

記

1 1月当たりの在宅酸素療法酸素濃縮器使用助成額

1日当たりの酸素濃縮器吸入時間から該当する助成単価を右表へ記入願います。

吸入時間	助成単価	}	① 助成単価(1月) _____ 円/月 _____ 円/月
1日12時間以内	800円/月		
1日12時間を超過	1,900円/月		

2 在宅酸素療法の入院、休止期間

入院・その他	(小計 日間)	年 月 日～	年 月 日
入院・その他	(小計 日間)	年 月 日～	年 月 日
入院・その他	(小計 日間)	年 月 日～	年 月 日
(合計 日間) ÷ 30日 = (月)③→小数点以下切り捨て			

3 在宅酸素療法酸素濃縮器使用助成金請求額

①助成単価(1月)
(円/月) × $\left[\begin{array}{cc} \text{②助成月数} & \text{③休止期間} \\ (12月) & - (\text{ 月}) \end{array} \right] = \text{④助成金請求額}$
(円/月) $\left[\begin{array}{cc} & (\text{ 月}) \end{array} \right] = (\text{ 円})$

4 酸素濃縮器指示状況(医療機関の証明欄)

使用指示期間	年	月	日～	年	月	日	
前年の入院、 休 止 期 間	年	月	日～	年	月	日(	日間)
	年	月	日～	年	月	日(	日間)
	年	月	日～	年	月	日(	日間)
						}	合計(日間)
上記のとおり指示していることを証明します。							
年		月	日	医療機関名		代表者名	
						印	

様式第 1 号（第 4 関係）

（平27告示甲44・一部改正）

様式第 2 号（第 4 関係）

様式第 3 号（第 4 関係）

様式第 4 号（第 5 関係）

様式第 5 号（第 5 関係）

様式第 6 号（第 6 関係）

様式第 7 号（第 8 関係）