

紙おむつ支給事業について

1 事業概要

在宅で介護を受けている高齢者等及びその方を在宅において介護をしている家族に対し、介護に必要な紙おむつ・尿とりパッドを支給する事業です。支給要件は次のとおりです。

【支給要件】

- ①神戸市内に居住し、在宅で介護を受けている高齢者等
(施設に入所されている方は対象とはなりません。)
- ②神戸市の被保険者(神戸市の介護保険被保険者証をお持ちの方)
- ③要介護度が4または5である方
- ④世帯全員の市民税が非課税であること
(世帯とは、住民票上で同一世帯に登録されている方全員を指します。)
- ⑤生活保護あるいは中国残留邦人等支援給付を受けていない方
※生活保護等により同様の支給が可能な場合があるため、必要な場合は区役所生活支援課へご相談ください。

2 申請書

紙おむつ支給事業申請書(別紙1)の様式は、令和6年度に現行の様式になっています。

申請書の記入の仕方(別紙2)を参照し、ご案内をお願いします。

令和8年度分の紙おむつ支給事業を申請する場合は、必ず現行の様式を使用してください。紙おむつ支給事業申請書は、居宅介護支援事業所及びあんしんすこやかセンターへ2月下旬にお送りしています(電子メール)。

また、申請書については、神戸市ホームページにも掲載していますので、ダウンロードしてご利用下さい。

なお、令和6年度より申請用封筒(郵送代神戸市負担分)の発行を中止しています。

ホームページに掲載している「あて名ラベル」(別紙8)をダウンロードし、お手持ちの封筒に貼り付けてお送り下さい。(切手必要)

【担当・送付先】令和6年度から申込先・お問い合わせ先を、福祉局介護保険課から高齢福祉課に変更しています。

3 支給決定時期

申請書を受け付けた日の翌日から1か月以内に支給の可否を決定し、申請者宅へ通知します。令和8年度の紙おむつ支給事業の決定通知書の発送日の目安は別紙3のとおりです。

4 申請書の到着日と支給限度額

紙おむつ支給事業は、申請時期によって支給限度額が異なります。令和8年度の申請書の到着期限は以下の表のとおりです。申請時にはご注意ください。

申請書到着日 (高齢福祉課受理日)	支給金額
3月2日 ~ 5月29日	10万円
~ 8月31日	7万5千円
~ 11月30日	5万円
~ 2月26日	2万5千円

※申請書に不備がある場合は、受け付けることができません。不備がある場合は、不備修正後の申請書が高齢福祉課に到着した日が受理日となります。

5 紙おむつ利用券の利用期限

令和8年度の利用券の色は以下のとおりとなります。

緑色：令和8年 4月1日～令和8年 6月30日

橙色：令和8年 7月1日～令和8年 9月30日

茶色：令和8年 10月1日～令和8年 12月31日

灰色：令和9年 1月1日～令和9年 3月31日

3か月ごとに25枚(25,000円)の利用券を使うことができます。

6 紙おむつ支給事業の注意事項

①認定有効期間前や、要件非該当での事前申請

介護認定の結果が出た後であっても、要介護4又は5の認定の有効期間開始前の受付はできません。また、入院中であって、退院の目処が立った状態での事前申請は受付できません。必ず、介護認定の有効期間内であって、在宅(自宅で過ごしている状態)で申請して下さい。

②不適正利用について

紙おむつ支給事業は、1 事業概要に記載しております【支給要件】①～⑤の全てを満たす方が対象です。支給決定をされた方でも、①～⑤の要件に当てはまらなくなった時点で、利用券を使用することはできません。利用者が要介護3以下になった場合や、入院や入所することになった場合など、紙おむつ支給事業の要件に当てはまらなくなったときは、利用券を使うことができない旨、利用者へ説明をお願いします。

不適正な利用をされたことが発覚した場合には、利用者より使用分に相当する金額を返金していただきます。

また、令和5年度以前は利用券を使うことができなくなった方は、市役所へ利用券を返

却いただいていたましたが、令和6年度より返却は不要となっています。

ただし、利用券の第三者への譲渡・換金はできません。

③紙おむつ支給事業のトラブル事例

紙おむつ支給事業について以下のトラブル事例が発生していますので、利用者から相談があった場合は至急要件についてご案内をお願いいたします。

(事例1)

当初、要介護4で紙おむつ利用券を利用していた。要介護認定更新後に、要介護3になったが、利用券を使い続けていた。後に、要介護3であることが発覚し、利用券によって購入した紙おむつの代金を返金することになった。

⇒紙おむつ支給事業は、要介護4又は5の方が対象の事業であるため、要介護3以下になった認定期間中は利用券を利用することはできません。

(事例2)

当初、自宅で介護を受けており、紙おむつ利用券を利用していた。しかし、体調の変化から入院することになったが、その後も利用券を使い続けていた。後に、入院していることが発覚し、利用券によって購入した紙おむつの代金を返金することになった。

⇒紙おむつ支給事業は、在宅で介護を受けている方が対象です。

体調の変化により、入院や入所をされた場合は利用することはできません。

訪問理美容サービス事業（65歳以上）について

1 事業の概要

要介護4以上の在宅の高齢者（65歳以上）で、理容所・美容所へ出向くことが困難な利用者の居宅へ理美容師が訪問し、理美容サービスを提供します。

対象となる高齢者に対して利用券を発行し、費用の一部を補助します。

※ご自宅への訪問のみが対象です。

※デイサービス等への訪問は対象ではありません。

2 申請書

訪問理美容サービス利用申請書の様式（別紙5）は、令和8年度に現行の様式になっています。令和8年度分の申請をする場合は、必ず現行の様式を使用してください。

申請書については、2月下旬に、居宅介護支援事業所及びあんしんすこやかセンターへお送りしております（電子メール）。また、神戸市のホームページにも掲載しておりますので、ダウンロードしてご利用下さい。

申請書の記入の仕方（別紙6）をご参照のうえ、ご案内をお願いいたします。

なお、令和6年度より申請用封筒（郵送代神戸市負担分）の発行を中止しています。

ホームページに掲載しているあて名ラベル（別紙8）をダウンロードし、お手持ちの封筒に貼り付けてお送り下さい。（切手必要）

3 サービス利用対象者の要件

訪問理美容サービス事業の対象者（高齢者）は、『65歳以上で要介護4・5』の方です。要介護3以下になった場合はご利用いただけません。

なお、身体障害者の方は原則として、『65歳未満で身体障害者手帳1級又は2級を所持』していることが要件となります。

身体障害者の方の申請書及び送付先は別紙5とは異なりますので、神戸市ホームページよりダウンロードしてご利用下さい。

4 支給決定時期（発送日目安）

申請書を高齢福祉課で受け付けた日の翌日から1か月以内に支給可否を決定し、申請者宅へ通知いたします。令和8年度の訪問理美容サービスの決定通知書の発送目安は別紙7のとおりです。

5 利用券の返却

なお、令和5年度以前は利用券を使うことができなくなった方は、市役所へ利用券を返却いただいていたましたが、令和6年度より返却は不要となりました。

ただし、利用券の第三者への譲渡・換金はできません。

【担当・送付先】令和6年度から申込先・お問い合わせ先を、福祉局介護保険課から高齢福祉課に変更しています。

神戸市紙おむつ支給事業申請書

神戸市長 宛

次のとおり紙おむつ支給事業の利用を申請します。(世帯員の全員が非課税であることを申告します。)

なお、申請にあたり、申請者および利用者の居住状況、要介護状態、利用者の世帯員全員の税情報を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度	令和8年度	申請日	令和	年	月	日
1.申請者 (神戸市に居住し介護している家族) いない場合のみ利用者本人による申請可	住民票の住所	〒 - 神戸市 区				
	住んでいる住所	〒 - 神戸市 区				
	(フリガナ)	生年月日		利用者との続柄		
	氏名	T・S・H		日中の連絡先		
			年	月	日	-
2.紙おむつ利用者	住民票の住所	〒 - 神戸市 区				
	住んでいる所	〒 - 神戸市 区				
	(フリガナ)	生年月日				
	氏名	T・S		年		月
		印				
※自署の場合は押印不要						
3.要件 確認欄 該当する箇所を○で囲んでください。	現在の要介護状態区分	要介護 4・5				
	要介護認定期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日				
	利用者とその世帯員全員が非課税ですか。	非課税 ・ 課税(→対象外)				
	現在、施設入所していますか。(有料老人ホーム等を除く)	いいえ ・ はい(→対象外)				
	現在、入院していますか。(退院後の申請可)	いいえ ・ はい(→退院後に申請してください)				
	生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給	していない ・ 受給中(→対象外)				
利用者を介護する家族が市内に居住	している ・ していない(→本人で申請してください)					
4.利用者の住民票上の世帯構成員	氏名	続柄	生年月日		<神戸市記入欄>	
		利用者本人	T・S	年 月 日		
			T・S・H・R	年 月 日		
			T・S・H・R	年 月 日		
			T・S・H・R	年 月 日		
5.担当ケアマネジャー	事業所名					
	担当者	電話番号				

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をさせていただく場合があります。

-----<神戸市記入欄>-----

<input type="checkbox"/> 要介護4・5	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	備考
過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.)		
<input type="checkbox"/> 他市の被保険者	<input type="checkbox"/> 生活保護等受給	
整理番号No.	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	

神戸市紙おむつ支給事業申請書

神戸市長 宛

次のとおり紙おむつ支給事業の利用を申請します。(世帯員の全員が非課税であることを申告します。)

なお、申請にあたり、申請者および利用者の居住状況、要介護状態、利用者の世帯員全員の税情報を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

【下記①・②共通事項】

住民票上の住所と、住んでいる住所が異なる場合は

「住民票の住所」「住んでいる住所」の両方を記入してください。

①「申請者」は神戸市内に居住し、介護している家族です。

- ・神戸市内に介護家族がない場合のみ、本人での申請が可能です。
- ・成年後見人が申請者となる際：登記事項証明書（写し可）を添付してください。

②「利用者（紙おむつを必要とする方）」の情報を記入してください。

- ・利用者本人が自署した場合は氏名欄の押印は不要です。

③要件確認欄の該当箇所「○」を囲んでください。

- ・介護保険被保険者証の要介護度と要介護認定期間を記入してください。
- ・認定の有効期間前の申請は受付できません。
- ・介護保険被保険者証及び介護保険負担割合証の写しの添付は不要です。

【要件について】※要件確認欄に該当しない場合、**当事業の対象とはなりません。**

- ・介護保険負担割合証に記載のある「利用者負担の割合が1割」かつ保険料段階が「第1段階～第3段階」の方

- ・住民票上の世帯構成員全員が市民税非課税の方が**当事業の対象となります。**

④利用者の住民票の同一世帯員全員を記入してください。

- ・住民票の世帯が異なる場合は、同住所に住んでいても記入は不要です。

⑤担当のケアマネジャーを記入してください。

- ・申請内容について、確認させていただく場合があります。

利用年度	令和8年度			申請日	令和8年4月1日		
① 1.申請者 (神戸市に居住し介護している家族) いない場合のみ利用者本人による申請可	住民票の住所	〒650-△△△△ 神戸市 中央区 加納町△丁目△番△号			生年月日	T (S)・H	
	住んでいる住所 <small>住民票と同じ場合は記入不</small>	〒 - 神戸市 区			利用者との続柄	長女	
② 2.紙おむつ利用者	住民票の住所	〒652-〇〇〇〇 神戸市 兵庫区 荒田町〇丁目〇番〇号			日中の連絡先	080-xxxx-xxxx	
	住んでいる所 <small>施設入居の場合は施設名称もご記入ください</small>	〒652-〇〇〇〇 神戸市 西区 桜台□丁目□番□号			氏名	神戸 太郎	
③ 3.要件確認欄	現在の要介護状態区分	要介護 4・5			要介護認定期間	令和8年1月1日～令和8年12月31日	
	利用者とその世帯員全員が非課税ですか。	非課税			課税(→対象外)		
④ 4.利用者の住民票上の世帯構成員	該当する箇所を○で囲んでください。	現在、施設入所していますか。 <small>(有料老人ホーム等を除く)</small>			いいえ	はい(→対象外)	
		現在、入院していますか。(退院後の申請可)			いいえ	はい(→退院後に申請してください)	
		生活保護又は中国残留邦人等支援給付の受給			していない	受給中(→対象外)	
		利用者を介護する家族が市内に居住			している	していない(→本人で申請してください)	
⑤ 5.担当ケアマネジャー	氏名	続柄	生年月日	<神戸市記入欄>			
	神戸 太郎	利用者本人	T (S) 5年5月1日				
	神戸 花子	妻	T (S)・H・R 5年6月1日				
			T・S・H・R 年 月 日				
			T・S・H・R 年 月 日				
	事業所名	居宅介護支援事業所 ●●					
	担当者	兵庫 一郎	電話番号	078-xxxx-xxxx			

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をさせていただく場合があります。

-----<神戸市記入欄>-----

<input type="checkbox"/> 要介護4・5	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	備考
過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.)		
<input type="checkbox"/> 他市の被保険者	<input type="checkbox"/> 生活保護等受給	
整理番号No.	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下	

令和8年度神戸市紙おむつ支給事業 発送目安一覧

高齢福祉課到着日	発送予定日	利用券金額
3月2日 ~ 3月13日	4月1日	10万円
~ 3月31日	4月15日	
~ 4月15日	4月30日	
~ 4月30日	5月15日	
~ 5月15日	5月29日	
~ 5月29日	6月15日	
6月1日 ~ 6月15日	6月30日	7万5千円
~ 6月30日	7月15日	
~ 7月15日	7月30日	
~ 7月31日	8月14日	
~ 8月14日	8月28日	
~ 8月31日	9月15日	
9月1日 ~ 9月15日	9月30日	5万円
~ 9月30日	10月15日	
~ 10月15日	10月30日	
~ 10月30日	11月13日	
~ 11月13日	11月30日	
~ 11月30日	12月15日	
12月1日 ~ 12月15日	1月5日	2万5千円
~ 12月28日	1月15日	
~ 1月15日	1月29日	
~ 1月29日	2月15日	
~ 2月15日	2月26日	
~ 2月26日	3月12日	

- ・申請書に不備がある場合は、受け付けることはできません。
不備を修正後に再度送付いただいた日の到着日で受け付けます。

令和8年3月

福祉局高齢福祉課

神戸市紙おむつ支給事業申請書 よくある質問

1 対象者

生活保護受給中の方

→本事業の対象外です。担当のケースワーカーにご相談ください。

課税の方

→ご本人が非課税でも、同じ世帯に課税の方がいれば対象外になります。

申請書の「4.利用者の住民票上の世帯構成員」は、必ず世帯員全員の記載をお願いいたします。

施設に入所中の方

→本事業の対象外です。ただし、在宅型の施設に入所されている方はご利用できます。
対象かどうかわからない場合は申請前にご相談ください。

入院中の方

→入院中の申請は対象外です。退院してご自宅に戻られてから申請してください。

来月から要介護4・5になる方

→申請日時点で、要介護4・5の方が対象です。要介護4・5になった認定日以降の日付で申請してください。

2 申請者

申請できるのは、「民法第725条に定める親族の範囲の者」です。

民法上の家族が神戸市内におらず、内縁関係のご家族のみがおられる場合は、本人申請をしてください。

3 その他

・高齢福祉課への到着日によって利用券の金額が変わりますのでご注意ください。

・申請書及び申請用封筒については、令和6年度分より送付を行っていません。

申請書・宛先ラベルは神戸市ホームページよりダウンロードして申請してください。

(必ずホームページに掲載している最新の様式をご使用ください。古い様式を使用された場合、記載内容の不備としてご返送する場合があります。)

お手持ちの封筒に宛先ラベルを貼るか、申込先を記入し、切手を貼って送付してください。

・利用者が①亡くなった場合、②市外に転居した場合、③入院・入所した場合、④要介護3以下になった場合、⑤生活保護等の受給を開始した場合は、利用券を使用できません。

この際、利用券の返却の必要はありません。

・令和6年度から申込先・お問い合わせ先を、福祉局介護保険課から高齢福祉課に変更しています。

様式第1号 ① (第6条第1号関係)

神戸市訪問理美容サービス利用申請書 **65歳以上で要介護4・5の方**

神戸市長 あて

下記のとおり、神戸市訪問理美容サービスの利用を申請します。

申請するにあたり、本人の住所や要介護認定の状況等を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度		令和	年度	申請日	令和	年	月	日	
申請者 (サービスを必要とする高齢者)	フリガナ								
	氏名								
	生年月日	T・S	年	月	日	()	歳		
	住民票の住所	〒	—	神戸市					
	住んでいる住所 (住民票の住所と異なる場合は記入)	〒	—	神戸市					
	日中の連絡先	電話	—	—	氏名 ()		続柄 ()		
要介護認定の状況	現在の要介護状態区分	要介護 4 ・ 5 (該当する区分を○で囲んでください)							
	要介護認定期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月
担当ケアマネジャー	事業所名								
	電話	—	—			担当者			

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をする場合があります。

※結果通知は申請者へ送付します。

<神戸市記入欄>

<input type="checkbox"/> 要介護4・5	
過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.)	
整理番号 No.	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下
特記事項	

記入例

様式第1号 ① (第6条第1号関係)

神戸市訪問理美容サービス利用申請書

65歳以上で要介護4・5の方

神戸市長 あて

下記のとおり、神戸市訪問理美容サービスの利用を申請します。

申請するにあたり、本人の住所や要介護認定の状況等を確認するため、神戸市が関係情報その他の資料を調査することに同意します。

利用年度		令和 8 年度	申請日	令和 8 年 4 月 1 日
申請者 (サービスが必要とする高齢者)	フリガナ	ヒョウゴ タロウ		
	氏名	兵庫 太郎		
	生年月日	T・S △ 年 △ 月 △ 日 (△) 歳		
	住民票の住所	〒 650-△△△△ 神戸市 中央区加納町△丁目△番△号		
	住んでいる住所 (住民票の住所と異なる場合は記入)	〒 - 神戸市		
	日中の連絡先	電話 078 - x x x - x x x x 氏名 () 続柄 (本人)		
要介護認定の状況	現在の要介護状態区分	要介護 4 ・ ⑤ (該当する区分を○で囲んでください)		
	要介護認定期間	令和 △年 △月 △日～令和 △年 △月 △日		
担当ケアマネジャー	事業所名	〇〇居宅介護支援事業所		
	電話	078-***-****	担当者	神戸 花子

※担当ケアマネジャーへ申請内容の確認をする場合があります。

※結果通知は申請者へ送付します。

<神戸市記入欄>

<input type="checkbox"/> 要介護4・5	
過去の受給状況 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下 (No.)	
整理番号 No.	<input type="checkbox"/> 決定 <input type="checkbox"/> 却下
特記事項	

令和8年度神戸市訪問理美容サービス 発送目安一覧 (65歳以上で要介護度4・5の方)

高齢福祉課到着日	発送予定日	利用券枚数
3月2日 ~ 3月13日	4月1日	4枚
~ 3月31日	4月15日	
~ 4月15日	4月30日	
~ 4月30日	5月15日	
~ 5月15日	5月29日	
~ 5月29日	6月15日	
~ 6月15日	6月30日	
~ 6月30日	7月15日	
7月1日 ~ 7月15日	7月30日	3枚
~ 7月31日	8月14日	
~ 8月14日	8月28日	
~ 8月31日	9月15日	
~ 9月15日	9月30日	
~ 9月30日	10月15日	
10月1日 ~ 10月15日	10月30日	2枚
~ 10月30日	11月13日	
~ 11月13日	11月30日	
~ 11月30日	12月15日	
~ 12月15日	12月28日	
~ 12月28日	1月15日	
1月4日 ~ 1月15日	1月29日	1枚
~ 1月29日	2月15日	
~ 2月15日	2月26日	
~ 2月26日	3月12日	

- ・申請書に不備がある場合は、受け付けることはできません。
不備を修正後に再度送付いただいた日の到着日で受け付けます。

650-8570

神戸市中央区加納町6丁目5番1号

神戸市 福祉局 高齢福祉課 行

該当する申請に✓を付けてください

紙おむつ申請

訪問理美容サービス申請

差出人

氏名	
住所	