

○東村山市酸素濃縮装置使用者助成に関する規則

平成14年6月28日

規則第53号

改正 平成18年8月7日規則第52号

平成29年6月28日規則第54号

東村山市呼吸器機能障害者に対する助成事業規則（平成6年東村山市規則第71号）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この規則は、酸素濃縮装置使用者に対し、当該装置の使用に際して要する経費の一部を助成することにより、経済的負担を軽減するとともに、社会復帰等の促進を図り、もって呼吸器機能障害者の福祉の増進に寄与することを目的とする。

（助成対象者）

第2条 この規則による助成を受けることができる者（以下「助成対象者」という。）は、市内に住所を有する酸素濃縮装置使用者（医療保険その他の制度による在宅酸素療法を受けている呼吸器機能障害者（身体障害者福祉法施行規則（昭和25年厚生省令第15号）別表第5に規定する3級以上の呼吸器機能障害を有する者に限る。）で酸素濃縮装置を使用しているものをいう。）とする。

2 前項の規定にかかわらず、本人の前年の所得（1月から6月までの月分に対する助成については前前年の所得）が所得税法（昭和40年法律第33号）に規定する扶養親族及び控除対象配偶者（以下「扶養親族等」という。）の有無並びにそれらの数に応じ別表第1に定める所得の額（別表第2控除の種類欄に掲げる者に該当する場合は、それぞれに定める控除額を控除した後の額）を超える者は、助成対象者としなない。

（助成金額）

第3条 助成金の月額は、2,000円とする。ただし、酸素濃縮装置の1日当たりの平均使用時間が12時間未満の月については、支給しない。

（申込み）

第4条 助成金の交付を受けようとする者は、東村山市酸素濃縮装置使用者助成申込書（第1号様式）に次に掲げる書類を添付し、市長に申込みをしなければならない。

- （1） 身体障害者手帳の写し
- （2） 前年の所得（1月から6月までの間に行う申込みにあつては前前年の所得）の状況を

証する書類

(決定)

第5条 市長は、前条の規定に基づく申込みがあったときは、その内容を審査し、助成の可否を決定する。

2 市長は、前項の規定により助成の可否を決定したときは、東村山市酸素濃縮装置使用者助成可否決定通知書（第2号様式）により当該申込みをした者に通知するものとする。

(助成期間)

第6条 助成は、第4条の規定による申込みのあった日の属する月から助成を受けるべき事由のなくなった日の属する月の前月までの間に係る酸素濃縮装置の使用に対して行うものとする。

(助成金の請求)

第7条 第5条の規定に基づき助成の承認を受けた者（以下「受給者」という。）は、助成金の支払を受けようとするときは、東村山市酸素濃縮装置使用者助成金請求書（第3号様式）に、その受けようとする月分の医師の処方箋又は証明書を添付し、市長に提出しなければならない。

2 前項の請求は、1月及び7月の2期に、それぞれ市長が指定する日までに行わなければならない。ただし、市長が特別の事情があると認めるときは、この限りでない。

(助成金の支払)

第8条 市長は、前条の規定により助成金の請求を受けた場合は、その内容を審査し、適正であると認めるときは、助成金の額を決定し、支払うものとする。

(異動の届出)

第9条 受給者は、次の各号に掲げる事由が生じたときは、速やかに東村山市酸素濃縮装置使用者助成金受給者異動届（第4号様式）を市長に提出しなければならない。

(1) 住所を変更したとき。

(2) 氏名を変更したとき。

(3) 前2号のほか、第2条に規定する助成対象者の要件に該当しなくなったとき。

(消滅の通知)

第10条 市長は、前条の届出により受給者が助成資格を喪失したと認めるとき、又は受給者が死亡したときは、東村山市酸素濃縮装置使用者助成資格消滅通知書（第5号様式）により当該届出をした者に通知するものとする。

(未支払助成金)

第11条 受給者が死亡した場合において、その死亡した者に支払うべき助成金で、まだその者に支払っていなかったものがあるときは、その未支払の助成金は、その者の同居の親族に支払うことができる。

2 前項の未支払の助成金の請求は、東村山市酸素濃縮装置使用者助成未支払助成金請求書(第7号様式)により行わなければならない。

(助成金の返還)

第12条 市長は、偽りその他不正の手段により助成金を受けた者がいるときは、当該助成金の全部又は一部をその者から返還させることができる。

(所得状況の届出)

第13条 受給者は、毎年7月1日から7月31日までの間に、前年の所得状況を証する書類を市長に提出しなければならない。ただし、公簿等により確認することができる場合で、市長が必要ないと認めるときは、この限りでない。

(助成簿の整備)

第14条 市長は、助成の状況を明らかにするため、東村山市酸素濃縮装置使用者助成簿(第6号様式)を整備するものとする。

(その他)

第15条 この規則に定めるもののほか必要な事項は、別に定める。

附 則

(施行期日)

1 この規則は、平成14年7月1日から施行する。

(経過措置)

2 この規則の施行の際、現にこの規則による改正前の東村山市呼吸器機能障害者に対する助成事業規則(以下「旧規則」という。)第6条の規定に基づき酸素濃縮装置使用助成の決定を受けている者は、この規則による改正後の第5条の規定に基づき助成の決定を受けた者とみなす。

3 旧規則の規定により助成の決定を受けた者に対する平成14年6月までの月分の助成金の交付については、なお従前の例による。

附 則(平成18年8月7日規則第52号)

(施行期日等)

- 1 この規則は、公布の日から施行する。
- 2 この規則による改正後の第11条の規定は、平成18年1月1日以後に死亡した受給者に係る未支払の助成金について、適用する。

附 則（平成29年6月28日規則第54号）

この規則は、平成29年7月1日から施行する。

別表第1（第2条）

扶養親族等の数	所得の額
0人	3,604,000円
1人以上	3,604,000円に扶養親族等1人につき380,000円を加算して得た額（所得税法に規定する老人控除対象配偶者、老人扶養親族又は特定扶養親族があるときは、その額に老人控除対象配偶者若しくは老人扶養親族1人につき100,000円を加算して得た額又は特定扶養親族につき250,000円を加算して得た額）

備考 この表において「所得」とは、地方税法（昭和25年法律第226号）に掲げる区市町村民税に関する法令の規定による非課税所得以外の所得をいう。

別表第2（第2条）

控除の種類	控除額
(1) 地方税法第314条の2第1項第1号による雑損控除があった者	控除相当額
(2) 地方税法第314条の2第1項第2号による医療費控除があった者	控除相当額
(3) 地方税法第314条の2第1項第3号による社会保険料控除があった者	控除相当額
(4) 地方税法第314条の2第1項第4号による小規模企業共済等掛金控除があった者	控除相当額
(5) 地方税法第314条の2第1項第6号による障害者控除があった者	1人につき270,000円
(6) 地方税法第314条の2第1項第6号による特別障害者控除があった者	1人につき400,000円

(7) 地方税法第314条の2第1項第8号による寡婦（夫） 控除があった者で（8）に規定する者以外の者	270,000円
(8) 地方税法第314条の2第1項第8号による寡婦控除が あった寡婦で、同条第3項に規定する者（特別の寡婦）	350,000円
(9) 地方税法第314条の2第1項第9号による勤労学生控 除があった者	270,000円
(10) 地方税法第314条の2第1項第10号の2による配 偶者特別控除のあった者	380,000円以内の額で、 当該市町村税に係る所得が生 じた年分の所得税につき所得 税法第83条の2の規定によ り控除を受けた額

第1号様式(第4条)

年 月 日

(宛先)東村山市長

東村山市酸素濃縮装置使用者助成申込書

申込人氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

酸素濃縮装置使用者助成を受けたいので、下記のとおり申込みをします。なお、支払については下記の口座に振込してください。

記

使用者	住所	東村山市 町 丁目 番地		電話
	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		個人番号	.....
	手帳番号	都・道 第 号 府・県		

振込先金融機関	銀行 組合 信用金庫			支店
預金種別	普通・当座			
口座番号	No.	.....	.....	.....
フリガナ				
氏名				

(注) 1 預金通帳で確認のうえ、ご記入ください。

2 使用者本人の口座を記入してください。

申込日以降受給資格を有する期間に限り、助成の要件審査に必要があるときは、所得状況について東村山市長が確認することに同意します。

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

(添付書類) 1 身体障害者手帳の写し

2 使用者の市町村民税の課税証明書又は非課税証明書

第2号様式(第5条)

第 号  
年 月 日

様

東村山市酸素濃縮装置使用者助成可否決定通知書

東村山市長



年 月 日付で申込みのありました酸素濃縮装置使用者助成について、下記のとおり決定しましたので通知します。

記

1 承認する。

助成対象者 氏 名		助 成 番 号	第 号
助成対象者 住 所	東村山市 町 丁目 番地	助 成 開 始 月	年 月から

2 承認しない。

(理由)

(助成の承認を受けた方へ)

助成額は、毎月の処方箋の吸入時間に基づき決定いたします。処方箋は捨てずに保管してください。別途、請求によりお支払します。

第3号様式(第7条)

年 月 日

(請求先)東村山市長

東村山市酸素濃縮装置使用者助成金請求書

氏名 \_\_\_\_\_ ㊞

酸素濃縮装置使用者助成金について、下記のとおり請求します。

記

助成対象者 氏名		助成番号	第	号
助成対象者 住所	東村山市 町 丁目 番地			
対象請求月	年 月分 月分 月分 月分 月分			
請求金額	円			



第4号様式(第9条)

年 月 日

(届出先)東村山市長

東村山市酸素濃縮装置使用者助成異動届

氏名 \_\_\_\_\_ ㊟

酸素濃縮装置使用者助成について、下記のとおり変更がありましたので届け出ます。

記

氏名			助成番号	第 号
異動事項	変 更 前		変 更 後	
	氏名			
	住所			
	その他			
消滅事項	<input type="checkbox"/> 本市の住民でなくなった。 <input type="checkbox"/> 辞退する。 <input type="checkbox"/> 死亡した。 <input type="checkbox"/> その他( )			
異動日	年 月 日			

第5号様式(第10条)

第 号  
年 月 日

様

東村山市酸素濃縮装置使用者助成資格消滅通知書

東村山市長



あなたの酸素濃縮装置使用者助成資格は、下記の理由により消滅しましたので通知します。

記

氏 名	
助成番号	第 号
住 所	東村山市 町 丁目 番地
消滅理由	
消 滅 日	

第6号様式(第13条)

東村山市酸素濃縮装置使用者助成簿

整理番号	件名	受付再提出	返付	受理	処理経過	審査結果		本人宛通知書 交付年月日	備考
	住所 氏名					決 定 処 理	年 月 日		
認定番号 ( )		・ ・	・ ・	・ ・		・ ・			
認定番号 ( )		・ ・	・ ・	・ ・		・ ・			
認定番号 ( )		・ ・	・ ・	・ ・		・ ・			
認定番号 ( )		・ ・	・ ・	・ ・		・ ・			
認定番号 ( )		・ ・	・ ・	・ ・		・ ・			
認定番号 ( )		・ ・	・ ・	・ ・		・ ・			

第7号様式(第11条)

年 月 日

(請求先)東村山市長

東村山市酸素濃縮装置使用者助成未支払助成金請求書

住 所：  
請 求 者 氏 名： \_\_\_\_\_ ㊞  
受給者との続柄：

未支払分の酸素濃縮装置使用者助成金について、下記のとおり請求します。

記

死亡した 受給者氏名		助成番号	第 号
住 所			
対象請求月	年 月分 月分 月分 月分 月分 月分		
対象金額	円		

振込先金融機関	銀行 組合 信用金庫							支店
預金種別	普通・当座							
口座番号	No.							
フリガナ								
氏 名								

- (注) 1 預金通帳で確認のうえ、ご記入ください。  
2 請求者本人の口座を記入してください。

第1号様式 (第4条)

第2号様式 (第5条)

第3号様式 (第7条)

第4号様式 (第9条)

第5号様式 (第10条)

第6号様式 (第13条)

第7号様式 (第11条)