

大泉町直腸機能障害者等自立奨励金支給事業の実施について

大泉町直腸機能障害者等自立奨励金の交付目的、内容、交付手続等は、次のとおりです。

1 交付目的

日常生活に著しい制限を受けている直腸機能障害者、ぼうこう機能障害者（以下「障害者等」といいます。）のうち、人工こう門又は人工ぼうこうのストマ造設者に対し、自立奨励金（以下「奨励金」といいます。）を支給することにより、社会参加意欲の高揚と福祉の増進に資することを目的とします。

2 内容

補助対象者	本町に居住し、かつ、住民基本台帳法に基づき本町の住民基本台帳に記録されている障害者等とします。
交付金額	奨励金の額は、障害者等1人につき月額2,000円とします。

3 交付手続

交付申請の方法	大泉町直腸機能障害者等自立奨励金支給申請書（様式第1号）に身体障害者手帳の写し又は手術証明書を添えて申請してください。
奨励金の支給時期等	1 提出された申請書類の審査を行い、適当と認めるときは、大泉町直腸機能障害者等自立奨励金支給決定通知書（様式第2号）により申請者に通知します。 2 奨励金は、毎年度9月と3月に支給します。ただし、支給すべき事由が消滅した場合は、この限りではありません。
受給資格の喪失	奨励金の支給決定を受けた者が次のいずれかに該当するときは、受給資格を失います。 1 本町に住所を有しなくなったとき。 2 死亡したとき。 ※ 受給資格を失ったときは、本人又は遺族若しくは同居人は速やかに大泉町直腸機能障害者等自立奨励金受給資格喪失届（様式第3号）により届け出なければなりません。

4 各種様式

--	--

申請書等の様式	<ol style="list-style-type: none">1 大泉町直腸機能障害者等自立奨励金支給申請書 (様式第1号)2 大泉町直腸機能障害者等自立奨励金支給決定通知書 (様式第2号)3 大泉町直腸機能障害者等自立奨励金受給資格喪失届 (様式第3号)
---------	---

5 事業期間

期 間	令和6年4月1日から令和9年3月31日まで
-----	-----------------------

6 担当部署

大泉町 福祉課	電話 0276(62)2121
---------	-----------------