

介護保険紙おむつ購入費助成申請書

那珂川町長 様		年 月 日	
〒		〒	
申請者 住所		氏名	
氏名		(印)(続柄: )	
電話番号:		電話番号:	
フリガナ		保険者番号	0 9 4 1 1 0
被保険者氏名	(明・大・昭 年 月 日生)	被保険者番号	
住所	〒 那珂川町 電話番号:		
購入月について、該当する項目に「○」をしてください。	要介護度	要介護度 1・2・3・4・5 ※ 要支援または、介護の認定のない方は対象になりません。	
	病院等への入院の有無	無 有:入院期間等( 年 月 日 ~ 年 月 日)	
紙おむつ購入費助成の申請	初めて・以前に有り	他の介護サービスの利用	有・無
紙おむつ使用の確認	排泄感覚の有無		尿意(有・無)
			便意(有・無)
	紙おむつ(尿取りパットも含む)使用状況		常時・夜間や外出時などの必要時
購入月	購入額	購入月	購入額
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
年 月	円	年 月	円
申請月 年 月 分 ~ 年 月 分			
<p>「要介護」の認定を受けており「在宅」で紙おむつを使用しているため、上記のとおり領収証(書)を添えて紙おむつ購入費助成の申請をします。</p> <p>◎ 給付金を裏面の口座に振り込んで下さい。 2回目以降、初回の振り込み先と同じ場合には、記入する必要はありません。</p>			

「裏面に口座振込依頼欄がありますので、忘れずに記入してください」

※ 口座振込依頼欄は、通帳を確認のうえ記入して下さい。

※ 2回目以降の申請の場合は記入の必要はありません。2回目以降は初回に指定頂いた口座に振込みます。

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号			
	信用金庫	支店	1 普通預金	┆	┆	┆	┆
	信用組合	支所	2 当座預金	┆	┆	┆	┆
	農協	出張所		┆	┆	┆	┆
	フリガナ						
	口座名義人						

※ 注意：口座名義人が申請者と異なる場合は、下記委任状欄に必要事項を記入して下さい。

※ 2回目以降の申請の場合は委任状の記入・押印は必要はありません。

委 任 状	
那珂川町長 様	
申請者	
住 所	
氏 名	印
私は、紙おむつ購入費助成の受領を下記の者に委任します。	
受任者	
住 所	
氏 名	(続柄： )

◎ 申請の記載にあたって

- 1 「紙おむつ購入費助成の申請」欄は、今回の申請が「初めて」か「以前にあり」か、どちらかに○をつけてください。
- 2 「他の介護サービスの利用」欄は、紙おむつ購入費助成以外の介護サービス(訪問介護や通所介護など)を受けているかどうか、どちらかに○をつけてください。
- 3 「紙おむつ使用確認」欄は、それぞれ該当するほうに○をつけてください。
- 4 「各月の購入額」欄は、1カ月分の合計金額を記入してください。
- 5 領収書は、毎月必ず添付してください。領収書には「被保険者の氏名」「大人用紙おむつ等の但し書き」の記載が必要です。
- 6 紙おむつを購入した日(領収書の日付の日)が、病院・施設に入院・入所中(外泊を含む)であった場合は、紙おむつ購入費を助成できませんのでご注意ください。
- 7 要支援及び介護の認定のない方は、紙おむつ購入費の助成申請はできませんのでご注意ください。