

所沢市介護保険紙おむつ購入費支給（変更）申請書

年 月 日

（宛先）所沢市長

住所
申請者 氏名 ⑩

所沢市介護保険条例施行規則第 30 条の規定により、紙おむつ購入費の支給（変更）を申請します。また、紙おむつ購入費の受領を下記指定事業者に委任します。

		区 分	
		新規 業者変更	廃止
ふりがな			
氏名			性別 男 女
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日		
被保険者番号	1	0	0
住所	所沢市		
電話番号 平日・日中の連絡先			
要介護状態区分	要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5		
認定の有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
指定事業者			
支給開始月	月から（申請日の翌月）		
配送希望商品	裏面に記載		
備考	居宅 担当		

- ※ 本申請書に記入された個人情報は、紙おむつ配達のために指定事業者へ提供いたします。
- ※ 所沢市の被保険者で、要介護 2～5 として認定され、在宅で介護を受けている方が対象となります。（要介護状態区分が要支援 1・要支援 2・要介護 1 に変更となった場合は、原則利用できません。支給の継続を希望する場合は、更新の手続きが必要です。再度申請書を提出してください。）
- ※ 原則として申請日の翌月からの支給となり、所沢市内の住所に配達いたします。
- ※ 本制度は在宅で介護を受けている方が対象となります。
- ※ 施設や病院に入所・入院しているときは利用できません。入所・入院の際は必ず指定した事業者へ連絡してください。（入所・入院中に支給を受けた場合、給付費を全額負担していただくことがあります。）

希望する紙おむつ（パッド）の種類・サイズ・個数

種類	商品番号	商品名	サイズ	価格	個数	①購入金額
パンツ テープ フラット パッド						
パンツ テープ フラット パッド						
パンツ テープ フラット パッド						
パンツ テープ フラット パッド						
パンツ テープ フラット パッド						
パンツ テープ フラット パッド						

※ 合計購入金額が 5,600 円までは、負担割合証に記載された割合が自己負担額となります。

※ 合計購入金額が 5,600 円を超えた分は全額自己負担となります。