

所沢市介護保険紙おむつ購入費支給（変更）申請書

平成 30 年 8 月 1 日

（宛先）所沢市長

住所 所沢市显木 1-1-1

申請者

氏名 所沢 太郎



申請者はご利用者様名になります

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	廃止
		業者変更	
ふりがな	ところざわ たろう		
氏名	所沢 太郎		
	性別	男	女
生年月日	明治 大正 昭和 3 年 5 月 9 日		
被保険者番号	1	0	0
	0	1	2
	3	4	5
	6		
住所	所沢市显木 1-1-1		
電話番号 平日・日中の連絡先	04-2998-9420 (自宅) 090-1×1×-0000 (長男・一郎)		
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	29 年 3 月 1 日 ~ 31 年 2 月 28 日		
指定事業者	* 配達を希望する指定事業者名を 1 社記入ください *		
支給開始月	9 月から (申請日の翌月)		
配送希望商品	裏面に記載		
備考	居室 包括 ○○地域包括支援センター 担当 所沢 花子		

どなたにつながる番号かをお書きください

担当ケアマネジャーの所属・名前を記載してください

- ※ 本申請書に記入された個人情報、紙おむつ配達のために指定事業者へ提供させていただきます。
  - ※ 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 入金額
パンツ テープ	フラット パッド 〇〇〇〇	<b>安心パンツ</b>	M	2500	1	2500
パンツ テープ	フラット パッド 〇×〇〇	<b>テープ止めタイプ</b>	M	2500	1	2500
パンツ テープ	フラット パッド 〇××〇	<b>しっかり安心パッド</b>	29×49cm	500	2	1000
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。