

記入例

様式

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 所沢市並木 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

所沢市紙おむつ購入費支給事業実施要綱の規定により、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	更新 廃止
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	所沢市並木 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	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1		
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	居宅 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支援1・要支援2・要介護1として認定され、天宗を誘発する疾病により紙おむつの使用の必要があると医師の判断を受けたものが支給対象となります。(要介護状態区分が要介護2～要介護5に変更となった場合は引き続き支給要件を満たしているものとします。)
 - ※ 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	購入金額
パンツ テープ フラット パッド	〇〇〇〇	安心パンツ	M	2500	1	2500
パンツ テープ フラット パッド	〇×〇〇	テープ止めタイプ	M	2500	1	2500
パンツ テープ フラット パッド	〇××〇	しっかり安心パッド	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。

市記入欄

主治医意見書（1 傷病に関する意見 / 4 - 3 生活機能とサービスに関する意見・尿失禁）

市が指定する失禁を誘発する疾病

神経障害	脳	脳血管疾患 (脳血栓、脳出血、くも膜下出血、その他頭蓋内出血、脳卒中)
		脳腫瘍
		脳外傷
		脳梗塞
		正常圧水頭症
		認知症
	脊髄	脊髄小脳変性症
		脊髄損傷
		脊髄炎
		脊髄腫瘍
		二分脊椎症
		頸椎症
		腰部脊柱管狭窄症
		変形性腰椎症
	脳～脊髄	多発性硬化症
		パーキンソン症候群
		シャイ・ドレーガー症候群
	その他	糖尿病
	がん	前立腺がん
子宮がん		
膀胱がん		
直腸がん		

診療情報提供書

※市が指定する疾病のほか失禁を誘発する疾病があり、紙おむつの使用の必要があると医師の判断を受けた場合は支給対象となります。