

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書

フリガナ		印	保険者番号	0	9	2	0	1	5
被保険者氏名 (申請者)	(明・大・昭 年 月 日生)		被保険者番号						
住 所	〒 宇都宮市 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）							
	トイレ（ポータブルトイレも含む）使用状況	使用している・使用していない							
	紙おむつ（尿取りパットも含む）使用状況	常時・夜間や外出などの必要時							
購入月	購入額	購入月	購入額						
平成 年 月	円	平成 年 月	円						
平成 年 月	円	平成 年 月	円						
平成 年 月	円	平成 年 月	円						
平成 年 月 日 (あて先) 宇都宮市長 「 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の支給を申請します。 ◎ 給付金を裏面の口座に振込んで下さい。 (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。) ◎ 支給内容の決定通知を下記に送付して下さい。(被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。)									
送 付 先	〒 宇都宮市 住所： 氏名： 電話番号：								

〔裏面に口座振込依頼欄がありますので、忘れずに記入して下さい〕

受付	添付書類	決 定 状 況
	領収書	支給・不支給(入院等・限度額超過・要支援・未認定、 年 月分)

※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 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 出張所	種目	口座番号			
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金				
	フリガナ 口座名義人						

※注意：口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の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・押印は必要ありません。

委 任 状	
(あて先) 宇都宮市長	
(被保険者)	
・住所: 宇都宮市	
・氏名:	印
私は、紙おむつ購入費の受領を下記の者に委任します。	
(受任者)	
・住所:	
・氏名:	(続柄:)

～ 申請書の記載にあたって～

- 1 「紙おむつ購入費の申請」欄は、今回の申請が『初めて』か『以前に有り』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 「紙おむつ使用の確認」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、**毎月分必ず添付**してください。領収書には「被保険者の名前」「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（外泊含む）であった場合は紙おむつ購入費を支給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、紙おむつ購入費の支給申請はできませんのでご注意ください。

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	ウツノミヤ タロウ 宇都宮 太郎 (宇都宮) (明 大 ・昭 5年 5月 5日生)	保険者番号	0 9 2 0 1 5	被保険者番号	0 0 0 9 9 9 9 9 9 9
住 所	〒 320-8540 宇都宮市 旭1-1-5 電話番号: 632-2905				
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 (〇〇年〇〇月〇〇日 ~ 〇〇年〇〇月〇〇日)			
紙おむつ購入費の申請	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)			
	トイレ (ポータブルトイレも含む) 使用状況	使用している 使用していない			
	紙おむつ (尿取りパットも含む) 使用状況	常時 ・夜間や外出などの必要時			
購入月	購入額	購入月	購入額		
平成 〇〇 年 〇 月	3,200 円	平成 〇〇 年 〇 月	3,500 円		
平成 〇〇 年 〇 月	3,000 円	平成 年 月	円		
平成 〇〇 年 〇 月	3,300 円	平成 年 月	円		
平成〇〇年 〇月〇〇日 (あて先) 宇都宮市長 「 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の支給を申請します。 ◎ 給付金を裏面の口座に振込んで下さい。 (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。 ◎ 支給内容の決定通知を下記に送付して下さい。(被保険者以外の住所へ送付する場合に記入して下さい。)					
送 付 先	〒 320-0000 電話番号: 600-0000 住所: 宇都宮市〇〇〇町〇〇〇-〇 氏名: 宇都宮 次郎				

〔裏面に口座振込依頼欄がありますので、忘れずに記入して下さい〕

受 付	添付書類	決 定 状 況
	領収書	支給・不支給 (入院等・限度額超過・要支援・未認定, 年 月分)

※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	〇〇銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 〇〇支店 支所 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	①普通預金 2当座預金	1	2	3	4	5	6	7
	〇〇〇〇	〇〇〇								
	フリガナ 口座名義人	ウツノミヤ ジロウ 宇都宮 次郎								

※注意：口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の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・押印は必要ありません。

委 任 状	
(あて先) 宇都宮市長	
(被保険者)	
・住所: 宇都宮市 旭1-1-5	
・氏名: 宇都宮 太郎	
(宇都宮)	
私は、紙おむつ購入費の受領を下記の者に委任します。	
(受任者)	
・住所: 宇都宮市〇〇〇町〇〇〇-〇	
・氏名: 宇都宮 次郎 (続柄: 長男)	

～ 申請書の記載にあたって～

- 1 「紙おむつ購入費の申請」欄は、今回の申請が『初めて』か『以前に有り』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 「紙おむつ使用の確認」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、**毎月分必ず添付**してください。領収書には「被保険者の名前」「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(外泊含む)であった場合は紙おむつ購入費を支給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、紙おむつ購入費の支給申請はできませんのでご注意ください。