

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書（償還払い）

（あて先） 宇都宮市長

申請日：令和 年 月 日

宇都宮市介護保険条例施行規則第6条第2項の規定により、下記のとおり領収証（書）を添えて、紙おむつ購入費の支給（償還払い）を申請します。給付費を裏面記載の口座に振り込んでください。

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)	保険者番号	0	9	2	0	1	5
	被保険者番号						
	(明・大・昭 年 月 日生) 個人番号						
住所	〒 - 宇都宮市						

該当する項目に「○」を付けてください。

要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (要支援の期間や、介護の認定のない期間に購入したものは対象外です。)				
紙おむつ購入費の申請	今回の申請が ⇒ 初めて ・ 2回目以降				
他の介護サービスの利用	紙おむつ購入費以外の介護サービス ⇒ 利用している ・ 利用していない				
排泄感覚の有無	尿意 ⇒ 有 ・ 無		便意 ⇒ 有 ・ 無		
紙おむつの使用状況	常時 ・ 夜間や外出時のみ [尿取りパット含む]				
トイレの使用状況	有 ・ 無 [ポータブルトイレを含む]				
負担割合証	1 ・ 2 ・ 3 割	期間 (平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日)			
	1 ・ 2 ・ 3 割	期間 (平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日)			
連絡先	☎ - - (氏名)		(続柄)		

購入月における状況 ※記入欄が不足する場合には、申請書裏面の余白等に御記入ください。	介護保険施設（ショートステイ含む）や病院への入所・入院の有無を 必ず選択してください。 ※申請する購入月の期間 入院入所無 ・ 入院入所有				
入院・入所期間 ※入院入所有の場合は、期間・施設名を記入してください。	【入院】期間：平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 【入所】期間：平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 施設名：				

購入月	購入額	購入月	購入額
平・令 年 月	円	平・令 年 月	円
平・令 年 月	円	平・令 年 月	円
平・令 年 月	円	平・令 年 月	円

決定通知書送付先	被保険者住所以外に送付する場合のみ、記入してください。		
	〒 - 住所：		
	☎ - - 氏名：		

- ・ 宇都宮市の被保険者で、**要介護1～5の認定を受け、在宅で介護を受けている方が対象**となります。
- ・ 紙おむつを購入した日（領収証（書）の領収日）が、**介護保険施設（ショートステイ含む）や病院に入所・入院中である場合は支給できません。**（入院・入所期間中に購入した紙おむつに対する支給を受けた場合、給付費を返還していただきます。）
- ・ 各月の「購入額」欄は、1か月分の合計金額を記入してください。
- ・ 領収証（書）は、原本を全て添付してください。領収証（書）には、あて名に「被保険者氏名」、ただし書きに「大人用紙おむつ代」の記載が必要です。

【裏面の口座振込依頼欄を忘れずに記入して下さい】

※2回目以降の申請で、前回と振込先が同じ場合は、記入の必要はありません。

受付	添付書類
	領収証（書） 枚

※口座振込依頼欄は、通帳を確認のうえ、正確に記入してください。

※2回目以降の申請の場合、記入の必要はありません。前回支給時の振込口座に振り込みます。

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ください。

委 任 状	
(あて先) 宇都宮市長	
(被保険者)	
・住所: 宇都宮市	
・氏名:	
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:)	

（あて先） 宇都宮市長

申請日：令和 3年 4月 1日

宇都宮市介護保険条例施行規則第6条第2項の規定により、下記のとおり領収証（書）を添えて、紙おむつ購入費の支給（償還払い）を申請します。給付費を裏面記載の口座に振り込んでください。

フリガナ	ウツノミヤ タロウ			保険者番号	0 9 2 0 1 5										
被保険者氏名 (申請者)	宇都宮 太郎			被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	(明・大・昭 14年 1月 1日生)			個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1
住所	〒320-8540 宇都宮市 旭1丁目1番5号														

該当する項目に「○」を付けてください。

要介護度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (要支援の期間や、介護の認定のない期間に購入したものは対象外です。)													
紙おむつ購入費の申請	今回の申請が ⇒ 初めて ・ 2回目以降													
他の介護サービスの利用	紙おむつ購入費以外の介護サービス ⇒ 利用している ・ 利用していない													
排泄感覚の有無	尿意 ⇒ 有 ・ 無							便意 ⇒ 有 ・ 無						
紙おむつの使用状況	常時 ・ 夜間や外出時のみ [尿取りパット含む]													
トイレの使用状況	有 ・ 無 [ポータブルトイレを含む]													
負担割合証	1 ・ 2 ・ 3 割			期間 (平 令 2 年 8 月 1 日 ~ 平 令 3 年 7 月 3 1 日)										
	1 ・ 2 ・ 3 割			期間 (平 令 2 年 8 月 1 日 ~ 平 令 3 年 7 月 3 1 日)										
連絡先	☎ 028-000-0000 (氏名) 宇都宮 花子 (続柄) 子													

購入月における状況	介護保険施設(ショートステイ含む)や病院への入所・入院の有無を <u>選択</u> してください。※申請する購入月の期間													
入院・入所期間	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 入院入所無 入院入所有 </div> 【入院】期間：平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日 【入所】期間：平 令 2 年 4 月 1 日 ~ 平 令 2 年 4 月 5 日 施設名：短期入所生活介護 0000													

購入月	購入額	購入月	購入額
平 令 2 年 4 月	4,500円	平 令 2 年 8 月	2,500円
平 令 2 年 5 月	3,240円	平・令 年 月	円
平 令 2 年 6 月	5,500円	平・令 年 月	円

決定通知書送付先	被保険者住所以外に送付する場合のみ、記入してください。		
	〒321-0000 住所：宇都宮市000町0000番地0 氏名：宇都宮 花子 ☎028-000-0000		

- ・ 宇都宮市の被保険者で、要介護1～5の認定を受け、在宅で介護を受けている方が対象となります。
- ・ 紙おむつを購入した日[領収証(書)の領収日]が、介護保険施設(ショートステイ含む)や病院に入所・入院中である場合は支給できません。(入院・入所期間中に購入した紙おむつに対する支給を受けた場合、給付費を返還していただきます。)
- ・ 各月の「購入額」欄は、1か月分の合計金額を記入してください。
- ・ 領収証(書)は、原本を全て添付してください。領収証(書)には、あて名に「被保険者氏名」、ただし書きに「大人用紙おむつ代」の記載が必要です。

【裏面の口座振込依頼欄を忘れずに記入して下さい】

※2回目以降の申請で、前回と振込先が同じ場合は、記入の必要はありません。

受付	添付書類
	領収証(書) 枚

※口座振込依頼欄は、通帳を確認のうえ、正確に記入してください。

※2回目以降の申請の場合、記入の必要はありません。前回支給時の振込口座に振り込みます。

口座振込 依頼欄	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 信用金庫 <input type="radio"/> 信用組合 <input type="radio"/> 農協	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 支所 <input type="radio"/> 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	<input checked="" type="radio"/> 1 普通預金 <input type="radio"/> 2 当座預金	1	1	1	1	1	1	1
				ウツノミヤ ハナコ						
	フリガナ 口座名義人			宇都宮 花子						

紙おむつ購入費の申請が初めての
場合や、前回支給時と口座を変更
する場合は、口座情報を記入して
ください。

なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

委 任 状

(あて先) 宇都宮市長

- (被保険者)
- ・住所: 宇都宮市 旭1丁目1番5号
 - ・氏名: 宇都宮 太郎

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番地〇
 - ・氏名: 宇都宮 花子 (続柄: 子)

振込口座の名義人が受
任者になります。