

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書（受領委任払い）

（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、紙おむつ購入費の支給（受領委任払い）を申請します。

なお、紙おむつ配達のため、裏面記載の紙おむつ宅配事業者に、本申請書の※がついた項目の情報を提供することに同意します。また、給付費の受領を裏面記載の紙おむつ宅配事業者に委任します。

※ 申請内容 (該当する内容に○を付けてください。)	新規 ・ 変更 ・ 休止 ・ 再開 ・ 中止 適用開始年月：令和 年 月 ～ (原則、申請の翌月以降)				
フリガナ	保険者番号		0 9 2 0 1 5		
※ 被保険者氏名 (申請者)	※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。)				
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			
※紙おむつ宅配事業者と配達希望商品	裏面に記載				
※配達日時連絡先	☎ - - (氏名)		(続柄)		
※配達先 (原則、宇都宮市内)	〒 -		☎ - -		
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。
- ・ 介護保険施設(ショートステイ含む)や病院に入所・入院しているときは利用できません。入所・入院される場合は、紙おむつ宅配事業者、又は高齢福祉課へ連絡してください。(入所・入院期間中に支給を受けた場合、給付費を返還していただきます。)
- ・ 利用内容(配達先、購入品目・個数等)を変更する場合や利用の休止・再開・中止をするときは、前月末までに、この申請書を提出してください。(前月20日以降に変更等の申請をする場合は、紙おむつ宅配事業者に直接提出してください。)
- ・ 原則として、配達後の返品はできません。

受付	備考

・希望する紙おむつ宅配事業者名 ※希望する紙おむつ宅配事業者1者に「○」を付けてください。

(五十音順)	
1 株式会社カワチ薬品	4 企業組合とちぎ労働福祉事業団
2 相良株式会社	5 株式会社マルゼン
3 株式会社東京インテリアメディカルサービス	6 明恵産業株式会社

・希望する紙おむつ（尿取りパッド）の種類・サイズ・個数

商品番号	種類 ※該当する項目に「○」 を付けてください。	規格 (サイズ)	単価	個数	①購入金額
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円

②合計購入金額		円
③保険給付額	・②が5,500円以上の場合 5,500×0.9・0.8又は0.7	円
	・②が5,500円未満の場合 ②×0.9・0.8又は0.7 ※小数点以下切り捨て	円
④自己負担額	②－③	円

【計算方法】

- ・支給限度額 5,500 円までは、1割、2割又は3割（介護保険負担割合証による）が自己負担額となります。上記③については、介護保険負担割合が1割の方は0.9、2割の方は0.8、3割の方は0.7を掛けてください。
- ・支給限度額 5,500 円を超えた分については、全額が自己負担となります。

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書（受領委任払い）

（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、紙おむつ購入費の支給（受領委任払い）を申請します。

なお、紙おむつ配達のため、裏面記載の紙おむつ宅配事業者に、本申請書の※がついた項目の情報を提供することに同意します。また、給付費の受領を裏面記載の紙おむつ宅配事業者に委任します。

※ 申請内容 (該当する内容に○を付けてください。)	<input checked="" type="radio"/> 新規 ・ <input type="radio"/> 変更 ・ <input type="radio"/> 休止 ・ <input type="radio"/> 再開 ・ <input type="radio"/> 中止 適用開始年月：令和 3年 5月 ~ (原則、申請の翌月以降)	
フリガナ	ウツノミヤ タロウ	
※ 被保険者氏名 (申請者)	宇都宮 太郎	保険者番号 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="5"/> ※被保険者番号 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> 個人番号 <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="5"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="9"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/>
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 ・ <input checked="" type="radio"/> 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。)	
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 ⇒ <input checked="" type="radio"/> 利用している ・ <input type="radio"/> 利用していない	
排泄感覚の有無	尿意 ⇒ 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無	便意 ⇒ 有 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
紙おむつの使用状況	<input checked="" type="radio"/> 常時 ・ <input type="radio"/> 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無 [ポータブルトイレを含む]	
※ 負担割合証	1 ・ 2 ・ <input checked="" type="radio"/> 3 割	期間：平 <input checked="" type="radio"/> 令2年 8月 1日 ~ 平 <input checked="" type="radio"/> 令3年 7月 31日
※ 紙おむつ宅配事業者と配達希望商品	裏面に記載	
※ 配達日時連絡先	☎ 028- 000-0000(氏名) 宇都宮 花子 (続柄) 子	
※ 配達先 (原則、宇都宮市内)	〒320-0000 宇都宮市00町0000番地0 ☎ 028- 000- 0000	
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。 〒320-0000 住所：宇都宮市00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。
- ・ 介護保険施設(ショートステイ含む)や病院に入所・入院しているときは利用できません。入所・入院される場合は、紙おむつ宅配事業者、又は高齢福祉課へ連絡してください。(入所・入院期間中に支給を受けた場合、給付費を返還していただきます。)
- ・ 利用内容(配達先、購入品目・個数等)を変更する場合や利用の休止・再開・中止をするときは、前月末までに、この申請書を提出してください。(前月20日以降に変更等の申請をする場合は、紙おむつ宅配事業者に直接提出してください。)
- ・ 原則として、配達後の返品はできません。

受付	備考

・希望する紙おむつ宅配事業者名 ※希望する紙おむつ宅配事業者1者に「○」を付けてください。

(五十音順)

1 株式会社カワチ薬品	4 企業組合とちぎ労働福祉事業団
2 相良株式会社	5 株式会社マルゼン
3 株式会社東京インテリアメディカルサービス	6 明恵産業株式会社

・希望する紙おむつ（尿取りパッド）の種類・サイズ・

6つの事業者から1つを選択して、数字に「○」を付けます。

商品番号	種類 ※該当する項目に「○」を付けてください。	規格 (サイズ)	単価	個数	①購入金額
U001	パンツ フラット テープ パッド	M	1,900円	1個	1,900円
U002	パンツ フラット テープ パッド	M	2,100円	1個	2,100円
U003	パンツ フラット テープ パッド	-	1,200円	1個	1,200円
U004	パンツ フラット テープ パッド	-	1,000円	2個	2,000円
	パンツ フラット テープ パッド				円
	パンツ フラット				円
					円
					円
					円
					円
					円
					円

商品番号のアルファベットは、事業者ごとに決まっているため、必ず全て同じアルファベットになります。

選択した事業者のカタログから商品・数量を選び、「商品番号・種類・規格（サイズ）・単価・個数・購入金額」を記入します。

購入金額の合計額を記入します。

負担割合に応じて、計算し、記入します。
【例】5,500円 × 0.7 = 3,850円

②合計購入金額		7,200円
③保険給付額	・②が5,500円以上の場合 5,500 × 0.9 × 0.8 又は 0.7	3,850円
	・②が5,500円未満の場合 ② × 0.9 × 0.8 又は 0.7 ※小数点以下切り捨て	円
④自己負担額	② - ③	3,350円

利用者は、商品受取時に、自己負担額（合計購入金額から保険給付額を引いた額）を紙おむつ宅配事業者に支払います。

2割又は3割（介護保険負担割合証による）が自己負担額となります。
が1割の方は0.9、2割の方は0.8、3割の方は0.7を掛けてください。

・支給限度額5,500円を超えた分については、全額が自己負担となります。