

介護保険紙おむつ購入費支給申請書

| | | | | | | | | | |
|--|--|--------|---|---------------|----|-----|------|---|---|
| フリガナ | | 保険者番号 | | 0 | 6 | 3 | 2 | 4 | 8 |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日 | 性別 | 男・女 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | | | |
| 申請理由 | 1. 失禁状態であるため 2. 寝たきり状態で移動や移乗ができないため 3. その他 () | | | | | | | | |
| 要介護状態区分 | 要介護3 | | | 要介護4 | | | 要介護5 | | |
| 認定の有効期間 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | | | |
| 現在の生活場所 | 在宅 | | | 施設(ショートステイ以外) | | | 病院 | | |
| 施設(病院)名 | | | | | | | | | |
| 入所(入院)期間 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | | | | | |
| 大江町長殿 上記のとおり介護保険にかかる紙おむつ購入費の支給を申請します。 令和 年 月 日 申請者住所 申請者氏名 | | | | | | | | | |

(注意事項)

- 紙おむつ購入費の支給にあたっては、1か月1人当たり5,000円を支給限度額とし、その2割は利用者の負担となります。なお、支給限度額を超えた場合は、利用者の負担となります。
- 施設(介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、養護老人ホームなど)への入所に関しましては、入所した月は支給対象となりますが、入所中及び退所した月は支給対象となりませんので、退所翌月から使用してください。