

別 記

様式第 1 号(第 4 条関係)

年 月 日

彦根市長 様

彦根市おむつ等購入費助成申請書

彦根市おむつ等購入費助成事業実施要綱第 4 条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、裏面の支給要件は満たしており、事実と異なる場合は、助成金の返還を求められても異議はありません。

フリガナ 申請者 (被保険者氏名)	印	介護保険 被保険者番号																
生年月日	明・大・昭	年	月	日(歳)	性別	男・女												
申請者住所	〒 - 電話 ()																	
購入年月	要介護状態区分										金額							
年 月分	要支援 2・要介護(1・2・3・4・5)										円							
年 月分	要支援 2・要介護(1・2・3・4・5)										円							
年 月分	要支援 2・要介護(1・2・3・4・5)										円							
年 月分	要支援 2・要介護(1・2・3・4・5)										円							
合 計										円								
おむつ等の使用状況申告 (カッコ内の該当する項目を選択してください。)																		
<p>失禁のため、(常時・夜間・外出時・体調不良時)におむつ等の使用が必要です。 上記、購入年月の期間中に入院や施設入所、ショートステイの利用は(有りません・有りますが、利用期間は下の欄に記入し、その期間中の購入分については計上していません)。 また、対象外となる品名(おしり拭きや手袋、防水シーツなど)は(有りません・有りますが、その分については計上していません)。 提出者氏名(続柄) () 連絡先電話番号(必要がある方のみ記入) ()</p>																		
入院・施設入所・ショートステイ 利用有りの場合 (欄が足りない場合は余白に記入ください)				月 日~	月 日、	月 日~	月 日	月 日~	月 日	月 日~	月 日	月 日~	月 日	月 日~	月 日	月 日~	月 日	

【注意】この申請書に、おむつ等の購入に係るレシート、領収書(購入日、品名、数量、金額、販売店が記載されているものに限る。)または彦根市おむつ等購入代金領収確認書(別記様式第 2 号)を添付してください。

助成金を下記の口座に振り込んでください。(該当に をつけ、正確に記入してください。)

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	支 店 出張所 営業部	種 目	口座番号(右詰め)													
	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(必ず記入)																
口座名義人																	

(裏面あり)

支給要件(以下の項目のすべてに該当することが必要です。)

1 対象者について

- (1) おむつ等購入日において彦根市の介護保険被保険者であること。
- (2) おむつ等購入日における介護度が要支援2～要介護5であること。
- (3) 居宅でおむつ等を利用していること。
- (4) おむつ等購入日において介護保険施設(指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)に入所していないこと(外泊期間を含む)。
- (5) おむつ等購入日において病院・診療所等に入院していないこと(外泊期間を含む)。
- (6) おむつ等購入日において短期入所生活介護・短期入所療養介護(ショートステイ)を利用していないこと。
- (7) 介護保険料を滞納していないこと。

2 助成対象品目(おむつ等)について

- (1) 申請者本人の購入分であること。
- (2) 次の4品目のいずれかであること。
 - ア 紙おむつ(平板型、パンツ型または失禁パッド)
 - イ 布おむつ(方形または成型)
 - ウ 失禁パンツ(パンツ型またはオープン型)
 - エ おむつカバー(腰巻き型、T字型、パンツ型または全開型)