

(年 月分)

おむつ購入費支給申請書

| | |
|--|-------------|
| | 受 付 印 |
|--|-------------|

佐世保市長 様

下記のとおり、関係書類を添えておむつ購入費の支給を申請します。

| | | | |
|--------|-------|-------------------------|-------------------|
| フリガナ | | 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | (*) | 要介護度 | 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |
| | | (*)手書きしない場合は記名押印してください。 | |
| 性 別 | 男 ・ 女 | 支払合計金額 | 円 |
| 住 所 | 佐世保市 | | |
| | 電話番号 | | |

上記の者については、おむつ・尿取りパッド等を使用していると認めます。
また、在宅期間は下記のとおりで相違ありません。

年 月 日

居宅介護支援事業者名 電話番号

担当者氏名 (*)

事業者番号 (*)手書きしない場合は記名押印(事業所印)してください。

| | |
|-------------|---|
| 在宅(自宅)以外の期間 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (該当する日を○で囲んでください) ※在宅日数が20日未満の月は申請できません。 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 |
|-------------|---|

給付費を下記の口座に振り込んでください。

| 口座振替依頼欄 | | | |
|-----------------------------|-----------------|-----------------------|---------|
| 金融機関名 | 店 舗 名 | 種 目 | 口 座 番 号 |
| 銀行・信金 信組・農協 漁協・労金・その他 | 本店 支店 出張所 | 1 普通 2 当座 3 その他 | |
| フリガナ | | | |
| 口座名義人 | | | |

※介護者の口座に振込を希望される場合は、裏面申出書もご記入ください。

保険者確認欄 (佐世保市記入欄)

| 要介護度 | 所得状況 | 給付制限 | 購入費支給金額算定 |
|--------------|--------|------|--|
| 1・2・3 4・5 | 課税・非課税 | 有・無 | ()円*0.9=()円 3,000円 ・ 5,000円 |

同意書

おむつ購入費支給審査のために必要があるときは、私及び私の世帯員に係る下記の事項について、市長が調査することに同意します。

- ① 住民票に関すること・・・私及び私の世帯員の氏名、性別、生年月日、現住所、続柄、異動年月日
- ② 所得に関すること・・・私及び私の世帯員の市町村民税（所得割額・均等割額）の有無

年 月 日

申請者氏名

（被保険者）

（※）

（※）手書きしない場合は記名押印してください。

佐世保市長 様

※以下は介護者の口座に振込を希望される場合にご記入ください。

申出書

佐世保市長 様

おむつ購入費支給申請及び受領に関して、私が被保険者を現に介護しており、おむつに係る費用も負担しているため、受領者の代表となることを申出いたします。

なお、この支払い申請及び受領の一切の権限に関して、後日、事故または紛議が生じた場合は、貴市には何等迷惑・損害をおかけしません。

年 月 日

| | | |
|-------|-------------------------|----------|
| 介護者氏名 | （※） | 被保険者との関係 |
| | （※）手書きしない場合は記名押印してください。 | |
| 住所 | 佐世保市 | 電話番号 |