

(居宅未届者用)

(年 月分)

	受 付 印
--	-------------

おむつ購入費支給申請書

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
性別		男・女	支払合計金額
住所	佐世保市		電話番号

佐世保市長 様 年 月 日

関係書類を添えておむつ購入費の支給を申請します。
 また、在宅に関しては以下のとおりとし、相違ありません。
 なお、入院・入所期間中に購入したおむつ代や、虚偽の申請があった場合は当該支給金額について佐世保市に速やかに返還することに同意します。

申請者 (被保険者) 氏名 (※) (※) 手書きしない場合は記名押印してください。

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。

□ 座 振 替 依 頼 欄			
金融機関名	店 舗 名	種 目	□ 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