

紙おむつ購入費助成申請書

提出日： 年 月 日

渋谷区社会福祉協議会会長あて

下記のとおり、紙おむつ購入費助成を申請します。

紙おむつ利用者	フリガナ				ケアマネージャー												
	氏名				事業所名												
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和			担当者名												
		年 月 日 (歳)			連絡先電話番号等												
	性別	男 ・ 女															
	住所	〒 渋谷区															
	電話番号			携帯電話													
	受給対象者	・ 介護保険被保険者番号 <table border="1" style="width:100%; height:20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>															※裏面に 保険証、手帳等の コピーを添付して ください
	・ 要介護 () ・ 身体障害者手帳 () 級 ・ 愛の手帳 () 度 ・ 精神障害者保健福祉手帳 () 級 ・ 難病 (病名：) ※別紙の意見書を添付して下さい																
生活保護の有無	あり ・ なし		※必ずどちらかに○をしてください														
別途紙おむつ配送先	配送先宛名	本人 ・ 本人以外 【氏名 続柄】															
	配送先住所	〒		電話番号													
連絡先	フリガナ	利用者との続柄															
	名前																
	住所	〒		電話番号 携帯電話													
※決定通知書・カタログ送付先 ○をしてください ➡ 利用者 ・ 連絡先 ・ 紙おむつ別途配送先																	
紙おむつ助成制度を利用するにあたり、次の点に同意します。 ①利用者の状況等を把握するため、区役所へ申請書に記載された情報を提供し、また情報の提供を受けること。 ②利用者の状況等を把握するため、地域包括支援センター、ケアマネージャーへ必要な情報を提供すること。 ③本事業の委託事業者へ必要な情報を提供すること。																	
紙おむつ利用者氏名 _____																	
【職員記入欄】		受付日	担当	登録番号													

添付書類

コピーや意見書をのり付け又はホチキス止めしてください。

(1)～(4)のいずれか一つを添付してください

(1)要介護 1～5 の介護保険証

(2)身体障害者手帳

(3)愛の手帳

(4)精神障害者保健福祉手帳

※住所、氏名、介護度などの区分、有効期間が記載されている部分を提出してください。

※有効期間が切れているものは不可。

(有効期間の記載がない手帳の場合は、可です。)

(5)難病等の方は別紙の意見書

※意見書の有効期間は、申請日前3か月以内のものです。

意見書の内容と同等の内容が記載されていれば、診断書等の写しを代わりに提出いただくことも可能ですが、その場合には事前にお問い合わせください。