

## 紙おむつ購入費支給申請書

香取市長

様

令和 年 月 日

住 所

申請者 氏 名

電 話 番 号 ( )

被保険者との続柄【 】

次のとおり申請します。

フリガナ					被保険者番号		
被保険者名							
生年月日	大正 昭和	年	月	日	生		
住 所					電話番号( )		
要介護度	[要支援] 1・2		[要介護] 1・2・3・4・5				
有効期間	年 月 日		～	年 月 日			
購入希望	紙おむつ	記号(ア～ツ)		尿とりパッド	記号(A～G)		枚数(1～3)
退院・退所日	年 月 日						
備 考	配達場所の指定・・・無ければ住所地になります。 ( 有 ・ 無 )						
	現在の使用している枚数 毎日、おむつ( )枚・パッド( )枚使用している。						

上記の被保険者は、紙おむつ等の使用を要します。

事業所名: \_\_\_\_\_ 電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

担当ケアマネジャー(署名): \_\_\_\_\_

## ※市確認欄

## 【資格確認】

## 【支給該当確認】

- 要介護度  
 認定調査票・主治医意見書  
 医師の証明書  
 介護保険料滞納なし

- 有効期間  
 ケアマネジャー確認  
 ケアプランの写し添付

## 負 担 割 合

1割・2割・3割

## 【職員記名欄】

本庁・小見川 \_\_\_\_\_

確認日: 月 日

 システム入力  
社会福祉協議会依頼日: 月 日