様式第１号（第７条関係）

紙おむつ給付費支給申請書

那智勝浦町長　殿

紙おむつ給付費の支給について、次のとおり領収書を添えて申請します。

①申請日、申請者欄に記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申　請　日 | 令和　　　　　年　　　　月　　　　日 |  |
| 申請者（被保険者本人） | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |
| 氏　　名 |  |
| ※本人以外が手書きする場合は、記名押印してください |
| 「被保険者番号」が分からない場合は、住所・生年月日も記入してください。 |
| 住　　所 |  |
| 生年月日 | T ・ S　　　　　年　　 　　月　　　　日 |  |
| ※申請者が被保険者本人以外の場合は、代理人の住所・氏名を記入し、委任状を添付してください。 |
| 代理人 | 住　　所 |  |
| 氏　　名 |  |

②今回申請する購入価格の合計金額を記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 購入価格合計 | 円　 |

③紙おむつ給付費の振込先口座を指定してください。(いずれかにチェック)

|  |
| --- |
| □　前回の口座と同じでよい□　次の口座に振り込む（初めて申請する 又は 前回の口座から変更する場合） |
| 金融機関 | 店舗名 | 預金種目 | 口座番号 |
| 銀行 金庫 組合  | 本店(所)支店(所)出張所  | □普通□当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人 |  |
|  |
| ※口座名義人が被保険者本人と異なる場合は、同意が必要ですので、被保険者本人が次に自署押印してください。上記口座に振り込むことに同意します。 被保険者氏名 　　　　　　　　　 　　　　　　　㊞ |

④領収書を添付し、福祉課に提出してください。

領収証添付欄

領収証（レシート可）に次のことがすべて記載されているか確認してください。

一つでも記載されていない場合は、支給できません。

|  |  |
| --- | --- |
| □□□ | 購入した日付（医療機関・施設から購入した場合は、入院・入所期間）対象品目の商品名※「紙おむつ」「尿取りパッド」など対象品目であることが明確に分かるものであれば可※「紙おむつ**等**」と記載されたものは、対象品目の区別ができないため**不可**対象品目の金額 |

|  |
| --- |
| ＜添付欄＞ |

※以下、町記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 |  | 要介護度 | 介1・2・3・4・5支1・2 | 認定有効期間 | . 　.　 ～ 　 　 . 　. |
| 要　件 | □ 特養･老健･介護療養･医療院あり　　□ 生活保護あり　　□ ロングあり(　 　　　　　～　　　 　　) |
| 購入月 | 当該月の購入額A | 年間既利用額B | 残額C = 42,000 - B | 給付対象費用額 D(A・C・5,000の最も低い値) | 支給額D×0.9 |
| ①　　 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ②　　 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| ③　　 月 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 支給額合計 | ①　＋　②　＋　③　＝（　　　　　　　　　　　　　　　）円　　　　　　　　　　　※10円未満切捨 |