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