

紙おむつ等購入支援事業 申請書

提出日：令和 年 月 日

上里町社会福祉協議会会長 様

次の事項に同意し、以下のとおり関係書類を添えて、紙おむつ等購入支援を申請します。

【同意事項】

- ① 本人の状況等を把握するため、町役場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 本人の状況等を把握するため、地域包括支援センター、ケアマネジャー、相談支援専門員、民生委員・児童委員等へ必要な情報を提供し、また情報の提供を受けること。

申請者	フリガナ		生 年 月 日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生（ 歳）
	氏名	※自署にてご記入ください。代筆の場合は、押印もお願ひします。		
	住所	〒 上里町大字		電話：
対象要件	1. 介護保険認定者 [要介護 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5]			
	2. 身体障害者手帳 [1級 ・ 2級]			
	3. 療育手帳（みどりの手帳） [㊤ ・ A]			
	4. 精神障害者保健福祉手帳 1級			
	<input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。全てに該当しない場合は対象外となります。 <input type="checkbox"/> 町内在住で、日常的に紙おむつ等を使用している。 <input type="checkbox"/> 在宅で介護を受けている。 (施設入所、入院、ショートステイ（1ヶ月以上）を利用されている方、生活保護受給世帯は除く。) ※虚偽の申請を行った場合は、返還を求めることがあります。			
購入済の対象物品	紙おむつ ・ 尿とりパッド ・ 清拭剤		合計金額	円
配達希望先 ※上記住所以外を希望される場合	〒 住所 氏名 [続柄：] 電話：			
代筆者	・ 本人が手続き（自署）をできない場合は、代筆が可能です。			
	【代筆者名】	【続柄又は本人との関係】 (電話：)		

【必要書類】

裏面に領収書、対象者の介護保険被保険者証の写し又は、各種手帳の写し等を添付してください。

※詳細は裏面をご覧ください。

添付書類

のり付け又はホチキス止めをしてください。

◎ここに支援対象物品「紙おむつ・尿とりパッド・清拭剤」の合計金額5,000円以上の領収書（レシート等の原本）を貼ってください。

※内容がわからない領収書は対象外となります。

※領収書は、前年12月～同年11月までに上里町共通商品券取扱店で購入したものに限りです。

◎次のいずれか1つを添付してください。

- ・介護保険被保険者証の写し
- ・身体障害者手帳の写し
- ・療育手帳の写し
- ・精神障害者保健福祉手帳の写し

※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コピーしてご提出ください。

※有効期間が切れているものは不可。

（但し、有効期間の記載がない手帳の場合は、可。）

紙おむつ等購入支援事業 申請書

提出日：令和 年 月 日

上里町社会福祉協議会会長 様

次の事項に同意し、以下のとおり関係書類を添えて、紙おむつ等購入支援を申請します。

【同意事項】

- ① 本人の状況等を把握し、必要な情報を提供し、また情報の提供を受けること。
- ② 本人の状況等を把握し、必要な情報を提供し、また情報の提供を受けること。マネジャー、相談支援専門員、民生委員・児童委員等へ

紙おむつ等を利用している方の氏名、
住所、生年月日、電話番号を記入

申請者	フリガナ	シャキョウ タロウ	生年月日	大正・昭和・平成・令和
	氏名	社協 太郎		□□年 □月 △日生 (××歳)
	住所	〒369-0306 上里町大字七本木□□□□番地	電話：〇〇-〇△□×	
対象要件	1. 介護保険認定者 [要介護 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5]			
	2. 身体障害者手帳 [1級 ・ 2級]			
	3. 療育手帳 (みどりの手帳) [A ・ A]			
	4. 精神障害者保健福祉手帳 1級			
<input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。全てに該当しない場合は対象外となります。 <input checked="" type="checkbox"/> 町内在住で、日常的に紙おむつ等を使用している。 <input checked="" type="checkbox"/> 在宅で介護を受けている。 (施設入所、入院、ショートステイ (1ヶ月以上) を利用されている方、生活保護受給世帯は除く。) ※虚偽の申請を行った場合は、返還を求めることがあります。				
購入済の対象物品	紙おむつ ・ 尿とりパッド ・ 清拭剤		合計金額	5,500円
配送希望先 ※上記住所以外を希望される場合のみ記入	〒	住所	※決定通知や商品券の配送先が申請者本人以外を希望する場合は、ご記入ください。	
代筆者	氏名		[続柄：]	電話：
	【代筆者名】	【続柄又は本人との関係】		
	社協 次郎		長男	
	(電話： 〇〇-〇△□×			

【必要書類】

裏面に領収書、対象者の介護保険被保険者証の写しを添付してください。
※詳細は裏面をご覧ください。

代筆で、ご家族等が記入できない場合は、担当ケアマネジャー名及び事業所名等、をご記入ください。