

別 記  
様式第1号(第4条関係)

彦根市長 様

彦根市おむつ等購入費助成申請書

※令和3年4月購入以降分の申請は新様式で  
お願いします。

彦根市おむつ等購入費助成事業実施

ご本人様の氏名・被保険者番号・生年月日  
性別・住所をご記入ください。

します。

なお、裏面の支給要件は満たしており、申請用紙が複数あっても異議はありません。

フリガナ 申請者 (被保険者氏名)			介護保険 被保険者番号	1 0 0 0																							
生年月日	年 月 日( 歳)		性別	男 ・ 女																							
申請用紙1枚につき4か月分の申請となります。5か月分以上の申請をされる場合は、 申請用紙を複数に分けてください。												電話		未記入で お願いします。													
年 月分		割	介護	申請額		決定額		自立度																			
年 月分		割	要介護	円		円		円		市 処 理 欄																	
年 月分		割	要介護	円		円		円		※注意 訂正不可																	
年 月分		割	要介護	円		円		円																			
合 計				円		円		円																			
おむつ等の使用状況申告 (カッコ内の該当する項目を選択してください。)																											
失禁のため、( <input type="checkbox"/> 常時 ・ <input type="checkbox"/> 夜間 ・ <input type="checkbox"/> 外出時 ・ <input type="checkbox"/> 体調不良時 )におむつ等の使用が必要です。 <input type="checkbox"/> 有りません ・ <input type="checkbox"/> 有りますが、その期間は下の欄 に <input type="checkbox"/> ありません。 その ( <input type="checkbox"/> 水シーツなど)は( <input type="checkbox"/> 有りません ・ <input type="checkbox"/> 有りますが、																											
3つの項目をご選択いただき、入院や施設 入所(※ショートステイは含みません)が 有る場合は、必ず期間をご記入ください。																											
提出者氏名 (続柄: ) 連絡先電話番号 ( - - )																											
入院・施設入所 有りの場合 (欄が足りない場合は余白に記入してください。)				月 日～ 月 日、		月 日～ 月 日		月 日～ 月 日																			
				月 日～ 月 日、		月 日～ 月 日		月 日～ 月 日																			
				月 日～ 月 日、		月 日～ 月 日		月 日～ 月 日																			

【注意】この申請書に、おむつ等の購入に係るレシート、領収書(購入日、品名、数量、金額、販売店が記載  
されているものに限る。)または彦根市おむつ等購入代金領収確認書(別記様式第2号)を添付してくだ  
さい。

助成金を下記の口座に振り込んでください。(該当するものに○を付け、正確に記入してください。)

口座振替 依頼	銀 行	支 店	種 目	口座番号(右詰め)	※注意 申請額欄および口座振替依頼欄の記入の訂正は、受付できません。訂正され る場合は訂正印を押印いただくか、再度新しい申請書にご記入ください。												
口座名義人																	

(裏面あり)

## 支給要件(以下の項目の全てに該当することが必要です。)

### 1 対象者について

- (1) おむつ等購入日において彦根市の介護保険被保険者であること。
- (2) おむつ等購入日における介護保険の利用者負担割合が1割であること。
- (3) おむつ等を購入した日において、次のいずれかに該当すること。
  - ア おむつ等購入日における介護度が要介護3から要介護5の状態にあること。
  - イ 障害高齢者の日常生活自立度がBもしくはCである者または認知症高齢者の日常生活自立度がⅢ、ⅣもしくはMであること。
- (4) 居宅でおむつ等を利用していること。
- (5) おむつ等購入日において介護保険施設(指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)に入所していないこと(外泊期間を含む。)
- (6) おむつ等購入日において病院・診療所等に入院していないこと(外泊期間を含む。)
- (7) 介護保険料を滞納していないこと。

### 2 助成対象品目(おむつ等)について

- (1) 申請者本人の購入分であること。
- (2) 次の4品目のいずれかであること。
  - ア 紙おむつ(平板型、パンツ型または失禁パッド)  
※商品の名称がシートとなっているものは対象外
  - イ 布おむつ(方形または成型)
  - ウ 失禁パンツ(パンツ型またはオープン型)
  - エ おむつカバー(腰巻き型、T字型、パンツ型または全開型)