

別 記

様式第 1 号(第 6 条関係)

年 月 日

彦根市長 様

彦根市おむつ等購入費給付等申請書

彦根市おむつ等購入費の給付等に関する規則第 6 条第 1 項の規定により、関係書類を添えて申請します。

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。

なお、裏面の要件を満たしており、事実を求められ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					
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。				日 ( 歳 )	性別	男 ・ 女				
				電話	( )					
				未記入で お願いします。						
購入年月	負担 割合	要介護状態 区分	申請額	決定額	税	排泄	対象			
年 月分	割	要介護	円	円	非・課		地・特			
年 月分	割	要介護	円	円	非・課		地・特			
年 月分	割	要介護	円	円	非・課		地・特			
年 月分	割	要介護	円	円	非・課		地・特			
合 計				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。										
上記の購入年月の期間中に入院や施設入所は( <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記										
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、入院か施設入所か分かる旨をご記入か、○をしてください。										
氏名 (続柄: )										
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	

申請額は訂正不可。  
訂正される場合は、  
再度新しい申請書に  
ご記入ください。

【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、金額および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 依頼欄	銀行 信用金庫 農 協	支 店 出張所 営業部	種 目	口座番号(右詰め)					
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金						
			2 当座預金						
	フリガナ(必ず記入)								
口座名義人									

(裏面あり)

## 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

#### 特別給付対象者

- (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 おむつ等購入日の属する年度(4月から7月は前年度)分の市民税が課税であり、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 おむつ等購入日の属する年度(4月から7月は前年度)分の市民税が非課税であり、おむつ等購入日における介護度が要介護3であって、介護認定調査において、第2群5「排尿」または第2群6「排便」の項目が「介助されていない」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・介護医療院)に入所(外泊期間を含む。)していないこと。
- (6) おむつ等購入日において病院・診療所等に入院(外泊期間を含む。)していないこと。
- (7) 介護保険料を滞納していないこと。

#### 地域支援事業対象者

- (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) おむつ等購入日の属する年度(4月から7月は前年度)分の市民税が非課税であること。
- (4) 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4または要介護5の状態にあること。
  - イ 介護認定調査において、第2群5「排尿」または第2群6「排便」の項目が「見守り等」、「一部介助」または「全介助」であること。
- (5) 居宅でおむつ等を利用していること。
- (6) 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・介護医療院)に入所(外泊期間を含む。)していないこと。
- (7) おむつ等購入日において病院・診療所等に入院(外泊期間を含む。)していないこと。
- (8) 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3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)  
※商品の名称がシーツとなっているものは対象外
  - イ 失禁パンツ(パンツ型またはオープン型)
  - ウ おむつカバー(腰巻型、T字型、パンツ型または全開型)