

別 記

様式第1号(第4条関係)

年 月 日

彦根市長 様

彦根市おむつ等購入費助成申請書

彦根市おむつ等購入費助成事業実施要綱第4条の規定により、関係書類を添えて申請します。

なお、裏面の支給要件は満たしており、事実と異なる場合は、助成金の返還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						
生年月日	年 月 日( 歳)		性別	男 ・ 女					
申請者住所	〒 —		電話	( )					
購入年月	負担割合	要介護状態区分	申請額	市 処 理 欄	決定額	自立度			
年 月分	割	要介護	円		円				
年 月分	割	要介護	円		円				
年 月分	割	要介護	円		円				
年 月分	割	要介護	円		円				
合 計			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。									
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入し、期間中の購入分については計上していません)。									
また、対象外となる品名(おしり拭きや手袋、防水シーツなど)は( <input type="checkbox"/> 有りません ・ <input type="checkbox"/> 有りますが、その分については計上していません)。									
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					

【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)

## 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)