様式第1号（第3条関係）

**おむつ支給（償還払）助成申請書**

　　　年　　　月　　　日

舟橋村長　様

申請者　住　所　舟橋村

氏　名

（支給対象者との続柄　　　　）

電　話

下記のとおり介護用品の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、下記の口座に振込んでください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 支給対象者 | 住　所 | 舟橋村 |
| 氏　名 |  | 性別 | 男　・　女 |
| 生年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 要介護認定の区分 | 要介護　　１　・　２　・　３　・　４　・　５ |
| 入院・入所の有無(該当する方に☑) | □　な　し□　あ　り（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日）　　　　　（　　年　　月　　日～　　年　　月　　日） |
| 金融機関 | 銀行金庫　　　農協 | 本店支店出張所 |
|  |  | 普通 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| 当座 |

|  |
| --- |
| 同意書　おむつ支給事業の要件（及び支給限度額）を審査するため、私及び私の世帯員の税務資料を閲覧することに、同意します。年　　月　　日申請者　住所　舟橋村　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

**注）ケアマネジメントの契約をしているケアマネジャー（居宅介護支援事業所）を通じ、事業所等において裏面を記入後、提出してください。**

※ケアマネ確認欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | 申請時点で、在宅介護を受けていますか。（入院・入所中ではありませんか。） | □はい | □いいえ |
| 2 | 要介護認定を受けていますか。 | □はい | □いいえ |
| ３ | 介護認定日はいつですか。 | 　　年　　　月　　　日 |
| ４ | 要介護認定期限は切れていませんか。 | □はい | □いいえ |
| ５ | 紙おむつを使用していますか。（パットのみを使用している場合は対象外。） | □はい | □いいえ |
| ６ | 介護保険料に滞納はありませんか。 | □はい | □いいえ |
| ７ | 排泄または排便に関する行為に該当する状態はどれですか | □介助　　□見守り　　□自立 |
| ８ | 特記事項（おむつが必要な理由をご記入ください） |  |

　　年　　月　　日

舟橋村長　様

申請の対象者が在宅で介護を受け、**紙おむつ**を使用していることを確認します。

　事業所名

確認者氏名

電　話

電話

村確認欄

□申請書の記入漏れがない　　　　　　　　　□在宅期間の領収書である（入院・入所中ではない）

□要介護区分（１・２・３・４・５）　　　　□所得の状況（第　　　　　　段階）

□添付書類がある（領収書と請求書）　　　　□申請者と請求書の氏名が一致している