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