

様式第28号の4

介護保険紙おむつ等購入費支給申請書

|  |  |        |  |   |   |   |   |   |   |
|--|--|--------|--|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ   |  | 保険者番号  |  | 0 | 6 | 3 | 2 | 1 | 4 |
| 被保険者氏名   |  | 被保険者番号 |  |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日   | 明治・大正・昭和   | 年月日    |  |   |   |   |   |   |   |
| 性別   | 男・女  |        |  |   |   |   |   |   |   |
| 住所   | 〒<br>電話番号  |        |  |   |   |   |   |   |   |
| 申請理由   | 1 失禁状態であるため<br>2 寝たきり状態で移動や移乗ができないため<br>3 その他( ) |        |  |   |   |   |   |   |   |
| 要介護状態区分  | 要介護( 1 2 3 4 5 ) 申請中                             |        |  |   |   |   |   |   |   |
| 認定の有効期間  | 年 月 日 ~ 年 月 日                                    |        |  |   |   |   |   |   |   |
| <p>河北町長 殿</p> <p>上記のとおり介護保険紙おむつ等購入費の支給を申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住 所</p> <p>氏 名 印</p> <p>電話番号</p> |  |        |  |   |   |   |   |   |   |

(注意事項)

- 1 介護保険紙おむつ等購入費の支給は、介護保険特別給付指定事業者(別紙)から、紙おむつ、尿とりパッド、おしりふき、使い捨て手袋、清拭剤、ドライシャンプー、ケアシート、防(消)臭剤、失禁パンツを購入した場合に支給します。
- 2 介護保険紙おむつ等購入費の支給は、1か月1人当たり1回5,000円を支給限度額とし、その1割は利用者の負担とします。なお、支給限度額を超えた金額は利用者の負担になりますのでご注意ください。
- 3 施設(介護保険施設、医療施設等)入所中は、支給対象になりません。