

様式第1号(第6条関係)

高齢者等紙おむつ購入費助成申請書

年 月 日

磐田市長

申請者 住 所

氏 名

電話番号

利用者との関係

磐田市高齢者等紙おむつ購入費の助成を受けたいので、次のとおり申請します。

利 用 者	氏 名		生 年 月 日								年 月 日
	住 所										
介護保険被保険者番号											
※要介護度		なし ・ 要支援 1 2 ・ 要介護 1 2 3 4 5									

※要支援1～要介護3の方については、直近の認定調査票、又は主治医意見書にて紙おむつの必要性が認められる方が対象となります。

包括支援センター職員、ケアマネジャーが要支援1～要介護3の方の代理申請する場合は、以下の身体状況のチェックを実施のうえ提出してください。

※身体状況のチェック（直近の認定調査結果に基づいて）

- 介護認定調査票の「排尿」又は「排便」の項目が「一部介助」又は「全介助」に該当しますか
- 主治医意見書の「尿失禁」の項目にチェック、又は特記事項欄に紙おむつの必要性の記載がありますか

受 領 日 年 月 日

受 領 枚 数 枚

受 領 者 氏 名

(自筆自署)

利用者との関係

在宅確認欄

免・保・介・ケ・その他 ()