

記入例

紙おむつ等支給・使用料助成申請書

《 新規登録 ・ 変更 ・ 再登録 》

江戸川区長殿

下記のとおり紙おむつ等の支給（助成）を申請します。

なお、申請にあたり、私の住民票記載事項、介護保険、生活保護等の必要な情報を確認すること、本事業利用のために個人情報（氏名・住所・連絡先）を委託事業者に提供することに同意します。

また、紙おむつ等の自己負担額（300点以上900点まで1割、900点を超える袋分からは全額自己負担）を委託事業者に直接支払うことに同意します。

記

年 月 日

申請者・本人	住民登録住所	江戸川区		
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日	年	月	日
	電話番号			

来所者	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	本人との続柄	ケアマネの方は事業所名		
	電話番号			

紙おむつ等支給の場合は、以下について記入（おむつ使用料助成利用予定の場合、記入不要）

本人の居住地 （現在、生活している所）	自宅（上記住所）				
	自宅外	区内親族宅	区内施設	病院	その他（ ）
		名称 / 氏名	・本人の居所（現在お住まいのところ）を記入してください。 この居所が江戸川区内の方が支給の対象です。 ただし入院の場合のみ、区外も対象とします。		

紙おむつの配送先	・配送先は原則、本人の住所地です。 入院、区内施設入所等により、自宅外への配送希望の場合は配送先と理由を記入してください。 ・区外配送は本人が入院中の時に限ります。配送は、配送費用着払い宅配便（自己負担）です。			
	住所	〒	電話番号	
	理由	江戸川区	必ず理由を記入してください。	

本人状況の記載欄 裏面

受付者	受付窓口	受付者	添付書類 (原本確認)	医師の証明書	事務連絡等
			有・無 (済・未済)	有・無	

現物 ・ 使用料						
主管課	認定番号	入力日	業者指示日	初回配送	指示	備考
				月 下旬 中旬		

締日（14日と月末日）に間に合うように申請書・注文書を提出してください

身体障害者手帳 1・2 級以外の方、愛の手帳 1・2 度以外の方、要介護 4・5 以外の方は、医師の意見書が必要です。
 現在要支援認定、要介護認定を受けていなくても、65 歳以上の方は医師の意見書があれば申請できます。

令和 8 年 3 月以前から
 意見書は必要ありません。
 65 歳未満で身体障害者

該当するものすべてにチェックをつけて、医師の意見書が必要か確認してください。

する際は、医師の
 立援助係となります。

医師の意見書の対象一覧（該当する項目に「○」を記入し、各々がチェックをつけてください）
 1箇所でも「不要」がある場合、医師の意見書は不要です。

資格	年齢	手帳等級・介護度など	医師の意見書
障害者手帳	3 歳以上	身体障害者手帳 1・2 級 愛の手帳（療育手帳）1・2 度	不要
		身体障害者手帳 3～6 級 愛の手帳（療育手帳）3・4 度	必要
要支援・要介護認定者	40 歳以上	要介護 4・5	不要
		要介護 1～3 要支援 1・2	必要
高齢者	65 歳以上	要介護認定・障害者手帳なし	必要
		以前から、おむつ支給・使用料助成を利用しており、最後に支給・助成を受けた月から 2 年が経過していない。	不要