

おむつ使用料助成申請書（熟年）

江戸川区長殿

次のとおりおむつ使用料の助成を申請します。

なお、申請に当たり、私及び私と住民票上の世帯を一にする世帯員の住民票記載事項、介護保険認定状況、生活保護受給状況等の必要な情報を確認することに同意します。

年 月 日

給付対象者・本人	住 所	江戸川区		
	フリガナ			
	氏 名			
	生年月日	年	月	日 歳
	電話番号	—	—	
	携帯電話	—	—	

来所者・家族等	住 所			
	フリガナ			
	氏 名			
	本人との続柄			
	電話番号	—	—	
	携帯電話	—	—	

振込先	銀行コード					支店コード					普通	口座番号								
	金融機関名称	銀行・信用金庫・信用組合																		支店
口座名義人は、ご本人です。 (本人以外は、下段も記入)		口座名義人 (カタカナ)																		
ご本人以外の 口座名義人（漢字）												本人との続柄								

＊ ご本人がお亡くなりになった際は三親等内の親族の口座を記入してください。
ご本人以外の口座の場合、別途提出していただく書類があります。

＊ 介護保険施設等に入所（在籍）中の期間はおむつ使用料助成の対象外となります。

入院先	病院コード	病院名		病院所在地		入院日～退院日（死亡日）

＊ 上記入院期間の前後が自宅以外の方は、必ず記入してください。

入院前後 の居場所	施設名	施設所在地		電話番号	入所日～退所日
	【入院前】 特養/老健 その他				
	【退院後】 特養/老健 その他				

※ 裏面の記入をお願いします。（おむつ使用料・受付印等）

* 助成対象はおむつ使用月を含め12か月以内です。 <例> 4月に申請の場合、前年の5月以降に使用したものが対象

おむつ使用月 (入院期間)	年	1月	年	2月	年	3月	年	4月	区助成合計額
	日～	日分	日～	日分	日～	日分	日～	日分	
おむつ使用料	円		円		円		円		
区助成額	円		円		円		円		
おむつ使用月 (入院期間)	年	5月	年	6月	年	7月	年	8月	
	日～	日分	日～	日分	日～	日分	日～	日分	
おむつ使用料	円		円		円		円		
区助成額	円		円		円		円		
おむつ使用月 (入院期間)	年	9月	年	10月	年	11月	年	12月	
	日～	日分	日～	日分	日～	日分	日～	日分	
おむつ使用料	円		円		円		円		
区助成額	円		円		円		円		
									円

＊ 紙おむつ支給を受けている月、生活保護受給期間は、おむつ使用料助成の対象外となります。

紙おむつ支給（登録）	生活保護	備考
☐ 有 ☐ 無 最終配送月（ ）	☐ 有 ☐ 無 期間（ ）	

.....以下は記入しないでください.....

受付窓口	受付者	おむつ助成受領印(領収書確認済)

病院名・入院期間・おむつ代を確認した領収書等の種類

☐ 病院発行の領収書

☐ 病院発行の領収書+おむつ代がわかる売店等の領収書

☐ 病院発行の証明書+おむつ代がわかる売店等の領収書

＜主管課記入＞

除票者		申立書兼口座変更届	送付日	年	月	日
			着 日	年	月	日

認定番号		担当者 備考	
宛名番号			