

おむつ使用料助成請求書

江戸川区長殿

次のとおりおむつ使用料の助成を請求します。

なお、請求に当たり、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。

【請求前の確認事項】 にチェックをつけてください。どちらにも該当しない場合、紙おむつ等支給・使用料助成申請が必要です。

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。

紙おむつ等支給・使用料助成申請をすでに行っている。

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			

来所者・家族等	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	本人との続柄			
	電話番号			

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。		口座名義人 (カタカナ)															

* ご本人がお亡くなりになった際は三親等以内の親族または配偶者（同世帯で事実上婚姻関係にある者を含む）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。この請求書への記入は必要ありません。

* 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	病院名	病院所在地	入院日～退院日（死亡日） 請求期間ではありません

* 上記入院期間の前後が自宅以外（入院を除く）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）

認定番号		(記入不要です)
宛名番号		

* 助成対象はおむつ使用月を含め12か月以内です。 <例> 4月に請求の場合、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 円
	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	

* 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	有	無	
最終配送月()		期間()		

おむつ助成利用の理由 持込不可病院のため その他 ()

.....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	未支払請求	有	無	申立書兼 口座変更届	送付日	年	月	日
	続柄 氏名	(三親等内)			着日	年	月	日

認定番号		担当者 備考	
宛番号			