

記入上の注意
(受付窓口用)

おむつ使用料助成請求書

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	月									
	電話番号										
振込先	銀行コード										
	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)									

本人名義の口座。原則、通帳を確認!
通帳がなくても振込先が記入されている場合はそのまま受付OK。
本人死亡の場合
三親等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)口座。
本人以外の口座の場合、「申立書兼口座変更届」を記入してもらう。その場合は、この請求書への口座記入は不要です。
本人口座が凍結されていなくても、死亡後に本人口座への振込不可!

* 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
	医療機関コードの枠は削除しました。		入院開始日を記入してください。退院していない場合、退院日は不要です。

* 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	施設(特養・老健・養護)に入所(在籍期間)中は助成対象外! 入所先からの入院当日、病院から直接入所の場合の退院日当日は助成対象外 該当日を除算し、日割り計算が必要!		
	【退院後】 特養/老健 その他	該当する施設の種類の種類に○をつける。		

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	
	日~ 日分	領収書の確認必須 対応した月の欄に記入		日~ 日分		
おむつ使用料	円		円	円		
区助成額	記入例 円	円	円	円		
おむつ使用月 (入院期間)	令和8年 5月	令和8年 6月	年 7月	年 8月		
	1日~30日分	15日~15日分	日~ 日分	日~ 日分		
おむつ使用料	13,000円	5,000円 3,500円	円	円		
区助成額	8,100円	7,650円	円	円		
						15,750円
おむつ使用月 (入院期間)	日	確認事項 ・紙おむつ支給(月)と重複していないか？ ・使用料に、紙おむつ・パッド以外(手数料など)が含まれていないか？ (防水シート、おむつカバー、おしり拭き、病院でのおむつ処理代等は対象外) ・日割り計算の場合、端数処理が正しく計算されているか？ ・転院や同月で複数回の入院は、使用日或使用料を分けて記入されているか？ ・一か月の助成額が上限8,100円を超えていないか？ ・申請期間は適正か？(12か月以上前の月分や転入前分は助成不可)				
おむつ使用料						
区助成額						

* 紙おむつ支給を受けている月、生活保護支給期間は、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
【確認方法】 ・健康サポートセンター:福祉総合システムで照会(別紙参照) ・熟年相談室:口頭で確認 ・必要なら、江戸川薬業協同組合(0120-730-412)へ支給記録を照会		「同日紙おむつ支給申請」や相談係に確認連絡した内容等

おむつ助成利用の理由

持込不可病院のため

その他

どちらかにチェック。その他の場合は、理由を記入。
 (例) 遠方で困難、家族が高齢で持込困難、仕事などで対応できる時間がない など
 病院の指定がないため、理由はなんでも可

ないでください。

忘れずに記入してください

おむつ助成受領印(領収書確認済)

押印忘れに注意してください
 申請月の領収書類への押印してください。

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	
宛名番号			