

(表)
所沢市介護保険紙おむつ購入費支給（変更）申請書

年 月 日

(宛先) 所沢市長

所沢市介護保険条例施行規則第 3 0 条の規定により、紙おむつ購入費の支給（変更）を次のとおり申請します。また、紙おむつ購入費の受領を次の指定事業者に委任します。

ふ り が な	区 分	
被保険者氏名	☐ 新規 ☐ 業者変更	☐ 更新 ☐ 廃止
生 年 月 日	☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日	
被保険者番号		
住 所		
配 達 先 住 所		
電 話 番 号 平日・日中の連絡先		
要介護状態区分	☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 要介護 5	
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
指 定 事 業 者		
支 給 開 始 月	月から（申請日の翌月）	
配 送 希 望 商 品	裏面に記載	

- ※ この申請書に記入された個人情報は、紙おむつ配達のために指定事業者へ提供いたします。
- ※ 所沢市の被保険者で、在宅で介護を受けている、（１）要介護 2～5 と認定された方又は（２）要支援 1・2 若しくは要介護 1 として認定され失禁を誘発する疾病により紙おむつの使用の必要があると医師の判断を受けた方が対象となります（要支援 1・2 又は要介護 1 に変更となった場合に、支給の継続を希望するときは、更新の手続が必要です。再度申請書を提出してください。）。
- ※ 原則として申請日の翌月からの支給となり、所沢市内の住所に配達いたします。
- ※ 施設や病院に入所又は入院中は利用できません。入所又は入院の際は必ず指定した事業者へご連絡ください（入所又は入院中に支給を受けた場合、給付費を全額負担していただくことがあります。）。

提 出 代 行 者	氏名 続柄 (電話番号)
備 考	居宅介護支援事業所名 担当ケアマネージャー：

(裏)

希望する紙おむつ（パッド）の種類・サイズ・個数

種類	商品番号	商品名	サイズ	価格	個数	購入金額
☐ パンツ ☐ フラット ☐ テープ ☐ パッド						
☐ パンツ ☐ フラット ☐ テープ ☐ パッド						
☐ パンツ ☐ フラット ☐ テープ ☐ パッド						
☐ パンツ ☐ フラット ☐ テープ ☐ パッド						
☐ パンツ ☐ フラット ☐ テープ ☐ パッド						
☐ パンツ ☐ フラット ☐ テープ ☐ パッド						

※ 合計購入金額が 5,600 円までは、負担割合証に記載された割合が自己負担額となります。

※ 合計購入金額が 5,600 円を超えた分は、全額自己負担となります。

※ 市記入欄（要支援・要介護 1 の場合）

☐主治医意見書（1 傷病に関する意見 / 4 - 3 生活機能とサービスに関する意見・尿失禁）

市が指定する失禁を誘発する疾病

神経障害	脳	脳血管疾患 (脳血栓、脳出血、くも膜下出血、その他頭蓋内出血、脳卒中)
		脳腫瘍
		脳外傷
		脳梗塞
		正常圧水頭症
		認知症
	脊髄	脊髄小脳変性症
		脊髄損傷
		脊髄炎
		脊髄腫瘍
		二分脊椎症
		頸椎症
		腰部脊柱管狭窄症
		変形性腰椎症
	脳～脊髄	多発性硬化症
		パーキンソン症候群
		シャイ・ドレーガー症候群
	その他	糖尿病
がん	前立腺がん	
	子宮がん	
	膀胱がん	
	直腸がん	

☐診療情報提供書

※市が指定する疾病のほか失禁を誘発する疾病があり、紙おむつの使用の必要があると医師の判断を受けた場合は支給対象となります。