

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書（償還払い）

（あて先） 宇都宮市長

申請日：令和 年 月 日

宇都宮市介護保険条例施行規則第6条第2項の規定により、下記のとおり領収証（書）を添えて、紙おむつ購入費の支給（償還払い）を申請します。給付費を裏面記載の口座に振り込んでください。

フリガナ 被 保 険 者 氏 名 (申 請 者)			保険者番号			0	9	2	0	1	5
			被保険者番号								
	(明・大・昭 年 月 日生)		個人番号								
住 所	〒 - 宇都宮市										
該当する項目に「○」を付けてください。											
要 介 護 度	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 (要支援の期間や、介護の認定のない期間に購入したものは対象外です。)										
紙おむつ購入費の申請	今回の申請が ⇒ 初めて ・ 2回目以降										
負 担 割 合 証	1 ・ 2 ・ 3 割		期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）								
	1 ・ 2 ・ 3 割		期間（令和 年 月 日～令和 年 月 日）								
連 絡 先	☎ - - (氏名) (続柄)										
購入月における状況 ※記入欄が不足する場合には、申請書裏面の余白等に御記入ください。	購入月に入院、介護保険施設に入所、ショートステイを利用した場合、必ず下記に施設名及び期間を御記入ください。 ※入院・入所等が無い場合は、記入不要です。										
	【入院】期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日										
	【入所】期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 施設名：										
購 入 月	購 入 額		購 入 月	購 入 額							
令和 年 月	円		令和 年 月	円							
令和 年 月	円		令和 年 月	円							
令和 年 月	円		令和 年 月	円							
令和 年 月	円		令和 年 月	円							
決 定 通 知 書 送 付 先	被保険者住所以外に送付する場合のみ、記入してください。										
	〒 - 住所：										
	氏名： ☎ - -										

- ・ 宇都宮市の被保険者で、要介護1～5の認定を受け、在宅で介護を受けている方が対象となります。
- ・ 紙おむつを購入した日{領収証(書)の領収日}が、介護保険施設(ショートステイ含む)や病院に入所・入院中である場合は支給できません。(入院・入所期間中に購入した紙おむつに対する支給を受けた場合、給付費を返還していただきます。)
- ・ 各月の「購入額」欄は、1か月分の合計金額を記入してください。
- ・ 領収証(書)は、原本を全て添付してください。領収証(書)には、あて名に「被保険者氏名」、ただし書きに「大人用紙おむつ代」の記載が必要です。

【裏面の口座振込依頼欄を忘れずに記入して下さい】

※2回目以降の申請で、前回と振込先が同じ場合は、記入の必要はありません。

(ただし、振込口座の解約等により、口座を変更したい場合は、再度、記入ください。)

受付	添付書類
	領収証(書) 枚

※口座振込依頼欄は、通帳を確認のうえ、正確に記入してください。

※2回目以降の申請の場合、記入の必要はありません。前回支給時の振込口座に振り込みます。

(ただし、振込口座の解約等により、口座を変更したい場合は、再度、記入ください。)

口 座 振 込 依 頼 欄	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 支 所 出張所	種 目	口 座 番 号					
	金融機関コード	店 舗 コ ー ド	1 普通預金 2 当座預金						
	フリガナ 口 座 名 義 人								

※注意：口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

委 任 状	
(あて先) 宇 都 宮 市 長	
(被保険者)	
・住 所: 宇都宮市	
・氏 名:	
私は、紙おむつ購入費の受領を下記の者に委任します。	
(受 任 者)	
・住 所:	
・氏 名:	
(続柄:)	

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書（償還払い）

(あて先) 宇都宮市長

申請日：令和 〇年 8月 1日

宇都宮市介護保険条例施行規則第6条第2項の規定により、下記のとおり領収証（書）を添えて、紙おむつ購入費の支給（償還払い）を申請します。給付費を裏面記載の口座に振り込んでください。

フ リ ガ ナ 被 保 険 者 氏 名 (申 請 者)	ウツノミヤ タロウ		保険者番号		0 9 2 0 1 5	
	宇都宮 太郎		被保険者番号		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	(明・大・昭 14年 1月 1日生)		個人番号		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0	
住 所	〒320-8540 宇都宮市 旭1丁目1番5号					

該当する項目に「○」を付けてください。

要 介 護 度	要介護 1 ・ 2 ・ ③ ・ 4 ・ 5 (要支援の期間や、介護の認定のない期間に購入したものは対象外です。)	
紙おむつ購入費の申請	今回の申請が ⇒ ① 初めて ・ 2回目以降	
負 担 割 合 証	① ・ 2 ・ 3 割	期間 (令和 〇年 8月 1日~令和 〇年 7月 31日)
	1 ・ 2 ・ ③ 割	期間 (令和 〇年 8月 1日~令和 〇年 7月 31日)
連 絡 先	☎ 028- 000-0000 (氏名) 宇都宮 花子 (続柄) 子	

購入月における状況	購入月に入院，介護保険施設に入所，ショートステイを利用した場合，<u>必ず下記に施設名及び期間を御記入ください。</u> ※入院・入所等が無い場合は，記入不要です。
	【入院】期間：令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日
	【入所】期間：令和 〇年 4月 1日 ～ 令和 〇年 4月 5日 施設名： 短期入所生活介護 〇〇〇〇

購 入 月	購 入 額	購 入 月	購 入 額
令 和 〇 年 4 月	4,500円	令 和 〇 年 8 月	2, 500円
令 和 〇 年 5 月	3,240円	令 和 年 月	円
令 和 〇 年 6 月	3,240円	令 和 年 月	円
令 和 〇 年 7 月	6,500円	令 和 年 月	円

決 定 通 知 書 送 付 先	被保険者住所以外に送付する場合のみ、記入してください。
	〒321-0000 住所：宇都宮市〇〇〇町〇〇〇〇番地〇 氏名：宇都宮 花子 ☎028- 000- 0000

- ・ 宇都宮市の被保険者で、要介護1～5の認定を受け、在宅で介護を受けている方が対象となります。
- ・ 紙おむつを購入した日〔領収証(書)の領収日〕が、介護保険施設(ショートステイ含む)や病院に入所・入院中である場合は支給できません。(入院・入所期間中に購入した紙おむつに対する支給を受けた場合、給付費を返還していただきます。)
- ・ 各月の「購入額」欄は、1か月分の合計金額を記入してください。
- ・ 領収証(書)は、原本を全て添付してください。領収証(書)には、あて名に「被保険者氏名」、ただし書きに「大人用紙おむつ代」の記載が必要です。

【裏面の口座振込依頼欄を忘れずに記入して下さい】

※2回目以降の申請で、前回と振込先が同じ場合は、記入の必要はありません。

(ただし、振込口座の解約等により、口座を変更したい場合は、再度、記入ください。)

受付	添付書類
	領収証（書） 枚

※口座振込依頼欄は、通帳を確認のうえ、正確に記入してください。

※2回目以降の申請の場合、記入の必要はありません。前回支給時の振込口座に振り込みます。

(ただし、振込口座の解約等により、口座を変更したい場合は、再度、記入ください。)

口座振込 依頼欄	☐ 銀行 ☐ 信用金庫 ☐ 信用組合 ☐ 農協	☐ 本店 ☐ 支店 ☐ 支所 ☐ 出張所	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	☒ 1 普通預金 2 当座預金	1	1	1	1	1	1	1
	フリガナ 口座名義人	ウツノミヤ ハナコ 宇都宮 花子								

紙おむつ購入費の申請が初めての
場合や、前回支給時と口座を変更
する場合は、口座情報を記入して
ください。

なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

委 任 状

(あて先) 宇 都 宮 市 長

(被保険者)
・住 所: 宇都宮市 旭1丁目1番5号

・氏 名: 宇都宮 太郎

私は、紙おむつ購入費の受領を下記の者に委任します。

(受 任 者)
・住 所: 宇都宮市〇〇〇町〇〇〇〇番地〇

・氏 名: 宇都宮 花子 (続柄: 子)

振込口座の名義人が受
任者になります。