

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書（受領委任払い）

（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、紙おむつ購入費の支給（受領委任払い）を申請します。

なお、紙おむつ配達のため、裏面記載の紙おむつ宅配事業者に、本申請書の※がついた項目の情報を提供することに同意します。また、給付費の受領を裏面記載の紙おむつ宅配事業者に委任します。

※ 申請内容 (該当する内容に○を付けてください。)	新規・変更・休止・再開・中止 適用開始年月：令和 年 月 ～ (原則、申請の翌月以降)									
フリガナ ※被保険者氏名 (申請者)			保険者番号				092015			
			※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。)									
他の介護サービスの利用	紙おむつ購入費以外の介護サービス ⇒ 利用している・利用していない									
排泄感覚の有無	尿意 ⇒ 有・無					便意 ⇒ 有・無				
紙おむつの使用状況	常時・夜間や外出時のみ [尿取りパット含む]									
トイレの使用状況	有・無 [ポータブルトイレを含む]									
※負担割合証	1・2・3割		期間：平・令 年 月 日～平・令 年 月 日							
※紙おむつ宅配事業者と配達希望商品	裏面に記載									
※配達日時連絡先	☎ - - (氏名) (続柄)									
※配達先 (原則、宇都宮市内)	〒 - ☎ - -									
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。
- ・ 介護保険施設(ショートステイ含む)や病院に入所・入院しているときは利用できません。入所・入院される場合は、紙おむつ宅配事業者、又は高齢福祉課へ連絡してください。(入所・入院期間中に支給を受けた場合、給付費を返還していただきます。)
- ・ 利用内容(配達先、購入品目・個数等)を変更する場合や利用の休止・再開・中止をするときは、前月末までに、この申請書を提出してください。(前月20日以降に変更等の申請をする場合は、紙おむつ宅配事業者に直接提出してください。)
- ・ 原則として、配達後の返品、交換はできません。

受付	備考

・希望する紙おむつ宅配事業者名 ※希望する紙おむつ宅配事業者1者に「○」を付けてください。

(五十音順)	
1	株式会社カワチ薬品
2	相良株式会社

・希望する紙おむつ（尿取りパッド）の種類・サイズ・個数

商品番号	種 類 ※該当する項目に「○」 を付けてください。	規格 (サイズ)	単価	個数	①購入金額
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円
	パンツ フラット テープ パッド		円	個	円

②合計購入金額		円
③保険給付額	・ ②が 5,500 円以上の場合 5,500×0.9・0.8 又は 0.7	円
	・ ②が 5,500 円未満の場合 ②×0.9・0.8 又は 0.7 ※小数点以下切り捨て	円
④自己負担額	②－③	円

【計算方法】

- ・ 支給限度額 5,500 円までは、1割、2割又は3割（介護保険負担割合証による）が自己負担額となります。
上記③については、介護保険負担割合が1割の方は0.9、2割の方は0.8、3割の方は0.7を掛けてください。
- ・ 支給限度額 5,500 円を超えた分については、全額が自己負担となります。

介護保険紙おむつ購入費支給認定申請書（受領委任払い）

（あて先） 宇都宮市長

申請日：令和〇年 4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、紙おむつ購入費の支給（受領委任払い）を申請します。

なお、紙おむつ配達のため、裏面記載の紙おむつ宅配事業者に、本申請書の※がついた項目の情報を提供することに同意します。また、給付費の受領を裏面記載の紙おむつ宅配事業者に委任します。

※ 申請内容 （該当する内容に○を付けてください。）	新規・変更・休止・再開・中止 適用開始年月：令和 〇年 5月～（原則、申請の翌月以降）									
フリガナ	ウツノミヤ タロウ					保険者番号		092015		
※ 被保険者氏名 （申請者）	宇都宮 太郎					※被保険者番号		0123456789		
	(明 大・昭 14年 1月 1日生)					個人番号		012345678910		
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。）									
他の介護サービスの利用	紙おむつ購入費以外の介護サービス ⇒ 利用している・利用していない									
排泄感覚の有無	尿意 ⇒ 有・無					便意 ⇒ 有・無				
紙おむつの使用状況	常時・夜間や外出時のみ [尿取りパット含む]									
トイレの使用状況	有・無 [ポータブルトイレを含む]									
※ 負担割合証	1・2・3割					期間：平令和〇年 8月 1日～平令和〇年 7月31日				
※ 紙おむつ宅配事業者と配達希望商品	裏面に記載									
※ 配達日時連絡先	☎ 028- 000-0000(氏名) 宇都宮 花子 (続柄) 子									
※ 配達先 (原則、宇都宮市内)	〒320-0000 宇都宮市〇〇町〇〇〇〇番地〇 ☎ 028- 000- 0000									
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。 〒320-0000 住所：宇都宮市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。
- ・ 介護保険施設（ショートステイ含む）や病院に入所・入院しているときは利用できません。入所・入院される場合は、紙おむつ宅配事業者、又は高齢福祉課へ連絡してください。（入所・入院期間中に支給を受けた場合、給付費を返還していただきます。）
- ・ 利用内容（配達先、購入品目・個数等）を変更する場合や利用の休止・再開・中止をするときは、前月末までに、この申請書を提出してください。（前月20日以降に変更等の申請をする場合は、紙おむつ宅配事業者に直接提出してください。）
- ・ 原則として、配達後の返品、交換はできません。

受付	備考

・希望する紙おむつ宅配事業者名 ※希望する紙おむつ宅配事業者1者に「○」を付けてください。

(五十音順)

- 1 株式会社カワチ薬品
- 2 相良株式会社

・希望する紙おむつ（尿取りパッド）の種類・サイズ・

2つの事業者から1つを選択して、
数字に「○」を付けます。

商品番号	種 類 ※該当する項目に「○」 を付けてください。	規格 (サイズ)	単価	個数	①購入金額
U001	パンツ フラット テープ パッド	M	1,900円	1個	1,900円
U002	パンツ フラット テープ パッド	M	2,100円	1個	2,100円
U003	パンツ フラット テープ パッド	-	1,200円	1個	1,200円
U004	パンツ フラット テープ パッド	-	1,000円	2個	2,000円
	パンツ フラット テープ パッド				円
	パンツ フラット				円
					円
			円		
	テープ パッド				

商品番号のアルファベットは、事
業者ごとに決まっているため、必
ず全て同じアルファベットになり
ます。

選択した事業者のカタログから商
品・数量を選び、「商品番号・種
類・規格（サイズ）・単価・個数・
購入金額」を記入します。

購入金額の合計額を記入し
ます。

負担割合に応じて、計算
し、記入します。

【例】5,500 円×0.7＝
3,850 円

②合計購入金額		7,200円
③保険給付額	・②が5,500円以上の場合 5,500×0.9・0.8又は0.7	3,850円
	・②が5,500円未満の場合 ②×0.9・0.8又は0.7 ※小数点以下切り捨て	円
④自己負担額	②－③	3,350円

利用者は、商品受取時に、自己
負担額（合計購入金額から保険
給付額を引いた額）を紙おむつ
宅配事業者に支払います。

2割又は3割（介護保険負担割合証による）が自己負担額となります。
が1割の方は0.9，2割の方は0.8，3割の方は0.7を掛けてください。

・支給限度額5,500円を超えた分については、全額が自己負担となります。