|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 別記様式（第４条関係）  **介護保険 介護用品（紙おむつ等）購入費支給申請書** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 受付印 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | 被保険者番号 | | |  |  | | |  | |  | | |  | |  |  | |  | |  | |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日　（　　　　　歳） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ℡　　　　　（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 在　宅　状　況 | | ☐　自宅　　　　　　※自宅には、家族宅も含みます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐　自宅以外　　　**※自宅以外で使用する紙おむつ等は対象になりません。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （施設等名称：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　**※該当する施設にチェックを入れて下さい** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ☐グループホーム | | | | ☐養護老人ホーム | | | | | | | | ☐特別養護老人ホーム | | | | | | | | ☐軽費老人ホーム | | | | | | | | | | | |
| ☐有料老人ホーム | | | | ☐介護老人保健施設 | | | | | | | | ☐介護医療院設 | | | | | | | | ☐介護療養型医療施設 | | | | | | | | | | | |
| ☐サービス付き高齢者向け住宅 | | | | | | | | | | | | ☐医療機関（入院） | | | | | | | | ☐その他 | | | | | | | | | | | |
| 申請対象月 | | | | | | | | | | 購入金額 | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　　　月 分 ～　　　　　　　年　　　　月 分 | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先  ※被保険者又は申請者の口座に限ります。 | 銀行  金庫  農協 | | | | | | | 本店  支店  出張所 | | | | | 種目  （番号に○） | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １．普通預金  ２．当座預金  ３．その他 | | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | |  | |  | |
| 金融機関コード | | | | | | | 店舗コード | | | | |
|  | |  |  |  | | |  |  | |  | |
| フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **☐**　　前回と同じ口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 伊賀市長　様  常時介護用品（紙おむつ、尿取りパット、紙パンツ等）の使用が必要ですので、上記のとおり関係書類を添えて介護用品購入費の支給を申請します。また、被保険者と申請者が異なる際は、続柄確認のための住民基本台帳の閲覧、関係機関への問い合わせに同意します。  　　　年　　　月　　　日  　　　　　　住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　（　　　　）  　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者との続柄　（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ※次の欄は事務局にて記載します。 | | | | | | |
| 要介護度 |  | 認知度 |  | 有効期間 | ～ | 前回  申請月 |
| 年齢 |  | 失禁状況 |  |  |

|  |
| --- |
| 領収書等添付欄 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護用品（紙おむつ等）使用状況確認欄 | | | | |
| 基本事項 | 聞き取り  年月日 | 年　　　月　　　日　　記入者（　　　　　　　　　　　） | | |
| 被保険者 | 氏名 | | |
| 聞き取り  相手方 | 氏名 | | 介護支援専門員　・　家族  （事業所名等　　　　　　　　　　） |
| 排　泄 | 失禁状況 | 有　・　無 | 介護用品  使用状況 | 常時  使用している　・　使用していない |
| その他  特記事項 |  | | | |

**※次の欄は事務局にて記載します。**