

(表)

在宅高齢者等紙おむつ等購入費補助金交付申請書兼請求書

①

年 月 日

(宛先) 藤岡市長

② (申請者) 住 所 藤岡市中栗須327
 氏 名 藤岡 太郎
 続 柄 (長男)
 連 絡 先 40-2294

藤岡市在宅高齢者等紙おむつ等購入費補助事業実施要綱第5条の規定に基づき補助金の交付を申請します。なお、申請を行うにあたり、補助対象資格の要件に係る私の世帯の住民基本台帳情報、税情報その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。

フリガナ	フジオカ ハナコ			介護保険 被保険者番号	12345	
対象者	藤岡 花子					
生年月日	S3年 2月 7日			電話番号	40-2294	
住所	藤岡市中栗須327					
1日の紙おむつ等交換枚数	紙おむつ		2枚	パッド		
申請対象 期間	※該当する期間に○をしてください。 1~6月 ・ <u>7~12月</u> 購入分				申請額合計	円
購入年月	申請額 (購入額)		購入年月	申請額 (購入額)		
③ 年 月分	円		年 月分	円		
年 月分	円		年 月分	円		
年 月分	円		年 月分	円		
④ 申請対象期間内の【入院、 施設・短期入所】日数を 記入してください。	7月 20日間 (<u>入院・施設・短期</u>)		8月 6日間 (<u>入院・施設・短期</u>)		9月 8日間 (<u>入院・施設・短期</u>)	
	10月 7日間 (<u>入院・施設・短期</u>)		11月30日間 (<u>入院・施設・短期</u>)		12月15日間 (<u>入院・施設・短期</u>)	

注意：紙おむつ等の購入に係るレシートまたは領収書を、この申請書の裏面に貼付してください。

補助金は（下記の口座 前回と同じ口座（希望の口座に○をしてください。））に振り込んでください。

振込先 依頼欄	⑤ 金融機関コード	1	2	1	1	店舗コード	0	3	5	預金種別
	しのめ		銀行 <u>信金</u> 信組 農協 労金			藤岡		本店 出張所 支店 <u>営業部</u>		<u>普通</u> 当座
	口座番号 (右詰め)						口座名義人 (カナ)			
	0	1	2	3	4	5	6	フジオカ タロウ		

補助対象要件に係る私の世帯の住民基本台帳情報、税情報その他について、各関係機関に調査、照会、閲覧することを承諾します。（申請者が対象者本人の場合は署名不要）

⑥ 対象者氏名 藤岡 花子 藤岡

記入欄	1	2	3	4	5	6	1~6月 世帯課税	月額	住定日	上限額	円
	7	8	9	10	11	12	7~12月 世帯課税	月額	認定状況等	決定額	円

◇補助金額

紙おむつ等の購入費について、世帯の住民税課税状況に応じた上限額まで補助されます。補助上限額については、次のとおりとなります。

世帯の住民税課税状況	月額	申請対象期間ごとの上限額※
住民税非課税世帯	3,000円	3,000円×6ヶ月=18,000円
住民税課税世帯	1,500円	1,500円×6ヶ月=9,000円

※申請対象期間内に次の事由に該当した月数分、上限額が減額されます。

- ①月の半分以上在宅生活を離れた（入院・短期入所・施設入所など）月
- ②要介護認定の更新や変更により、要支援の認定をされた月
- ③紙おむつを常に使用する必要がなくなった月
- ④藤岡市から転出した月
- ⑤藤岡市に転入する以前の月

⑧

レシート・領収書

**レシート・領収書の全ての原本の余白に
被保険者番号をご記入のうえ、貼らずに
お持ちください。**

◇レシート・

レシート等は、必ずレシート等に貼付するレシート等【商品名・購入日・購入額】を記入してください。レシート等がはがれないように、しっかりと貼付してください。

◇対象となる商品項目

- ・紙おむつ
- ・紙パンツ
- ・尿取りパッド
- ・使い捨て手袋
- ・おしりふき

注意：審査の結果、補助の対象とならないこともあります。

記入上のご注意 ※黒いボールペンではっきりご記入ください。

①申請日は空欄でお願いします。

②申請者は、本人または親族としてください。申請者が対象者と異なる場合は、必ず続柄もご記入ください。

申請者と⑤の口座名義人は必ず合わせてください。

(申請者と口座名義人が異なる場合、別紙委任状が必要となります。)

電話番号は、必ず申請者にご連絡の取れる番号をご記入ください。

③金額欄は全て空欄のままご持参ください。

④申請対象期間内の入院・施設入所・短期入所の日数を月ごとでまとめてご記入ください。

複数回ある場合は、月ごとに合算した日数をご記入ください。

例：ひと月の中で14日間入院し、短期入所3日間を2回利用した場合、14日間+3日間+3日間で20日間となります

⑤②で記入した申請者の口座をご記入ください。

口座番号、支店名等は正確にご記入ください。初回申請時と口座変更時には通帳の見開きの写しを必ず添付してください。2回目以降の申請で、初回と同じ口座に振り込む場合は、通帳の写しは不要です。

※ゆうちょ銀行の場合は、通帳の見開きの下半分に記載してある【店番・店名・預金種目・口座番号(7桁)】をご記入ください。【店番】が店舗コード、【店名】が支店名です。

⑥申請者が対象者本人の場合は記入不要です。申請者と対象者が異なる場合のみ、ご記入をお願いします。対象者本人の署名でない場合や印字の場合は、氏名の横に押印が必要です。

⑦担当ケアマネジャーの事業所名と氏名を忘れずにご記入ください。

⑧レシート・領収書の原本全ての余白に被保険者番号をご記入のうえ、貼らずにお持ちください。上限金額を大幅に超えるレシート・領収書はお返しすることがあります。

※補助対象品目について

尿取りパッドは失禁用のものに限ります。

使い捨て手袋・おしりふきは、おむつ交換に使用するものに限ります。